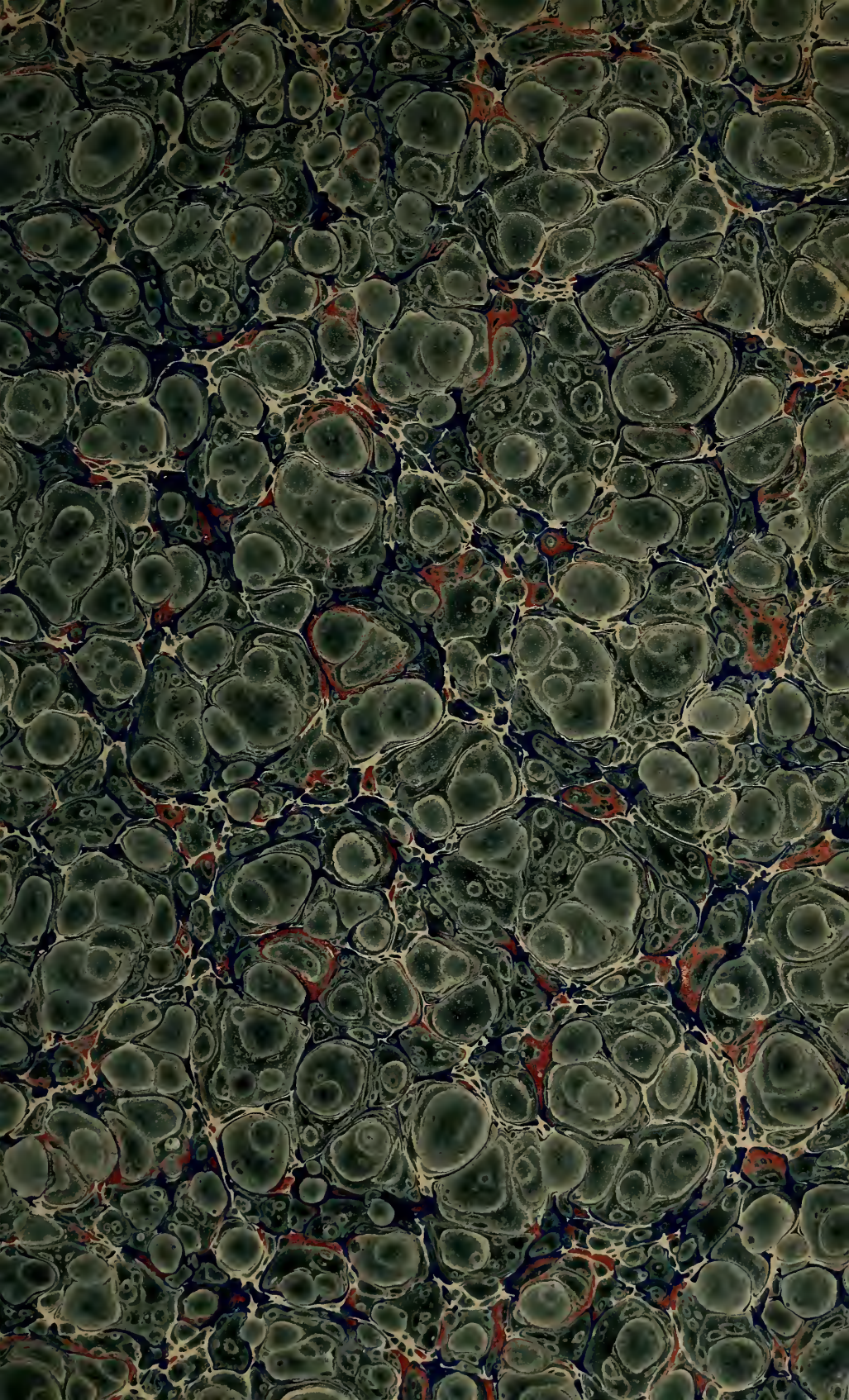
BIBLIOTHÈQUE
CHARPENTIER



Boston Medical Library
in the Francis A. Countway
Library of Medicine ~ *Boston*

To Francis R. Lane, M.D.

As a token of appreciation for
the safe delivery of
Helena Rundall Hill.

V. 64

From Dr. & Mrs. George J. Hill, II

TRAITÉ

DES MALADIES

DES FEMMES ENCEINTES,

DES FEMMES EN COUCHE,

ET

DES ENFANS NOUVEAUX NÉS,

PRÉCÉDÉ

DU MÉCANISME DES ACCOUCHEMENS.

TOME PREMIER.

Pour les relations commerciales avec les départemens et avec l'étranger, cet ouvrage se trouve à Paris chez Fusch, libraire, rue des Mathurins-Sorbonne.

TRAITÉ

DES

MALADIES DES FEMMES ENCEINTES,

DES FEMMES EN COUCHE,

ET DES ENFANS NOUVEAUX NÉS,

PRÉCÉDÉ

DU MÉCANISME DES ACCOUCHEMENS;

RÉDIGÉ

SUR LES LEÇONS D'ANTOINE PETIT,

Médecin de Paris, Démonstrateur et Professeur au Jardin des Plantes, et membre de plusieurs Académies, etc.

ET PUBLIÉ

PAR les Citoyens BAIGNÈRES, *ancien Médecin de Paris et de Montpellier, etc.*; *et* PERRAL, *ancien Chirurgien-major des armées, etc., et de l'Arsenal de Paris.*

Indocti discant, et ament meminisse periti.

A PARIS,

BAUDOUIN, imprimeur du Corps législatif et de l'Institut national, place du Carrousel, N°. 662.

AN VII.

Digitized by the Internet Archive
in 2010 with funding from
University of Ottawa

http://www.archive.org/details/traitdesmaladi01peti

INTRODUCTION.

L'OUVRAGE que nous publions fut le sujet des leçons qu'ANTOINE PETIT donna en 1770 à ses élèves, ou, pour mieux dire, ce sont ses leçons mêmes sur *les maladies des femmes enceintes, des femmes en couche, et des enfans nouveaux nés*, que nous avons recueillies, et que nous offrons aujourd'hui au public.

Nul autre avant ce savant n'avoit traité directement cette partie. Depuis cette époque, l'art a fait de nouvelles découvertes, les opérations en ont été simplifiées; mais du moins cet ouvrage fera connoître ce que les recherches, les connoissances et l'expérience de notre maître ont produit pour la perfection de cette branche de la médecine.

On remarquera quelques incorrections de style, des tournures de phrases et des

expression susitées, il est vrai, dans le langage familier, et qu'on ne trouve point ordinairement dans un ouvrage travaillé dans le silence du cabinet: on n'en sera pas étonné, quand on saura que cet homme, succombant, pour ainsi dire, sous la multiplicité de ses travaux, loin de rédiger, comme beaucoup d'autres ses leçons par écrit, les donnoit le plus souvent sur de simples notes, et entretenoit ainsi pendant plusieurs heures ses élèves avec ce seul secours. Mais au reste ces imperfections sont bien rachetées par la clarté des principes, la marche simple et méthodique des développemens, la solidité des preuves : c'est dans la nature, ce guide du véritable médecin, qu'ANTOINE PETIT va les chercher ; c'est elle qu'il a toujours étudiée, suivie ; c'est à cette source qu'il conseille de puiser, si l'on veut obtenir des succès assurés. Enfin c'est ce maître célèbre que nous avons

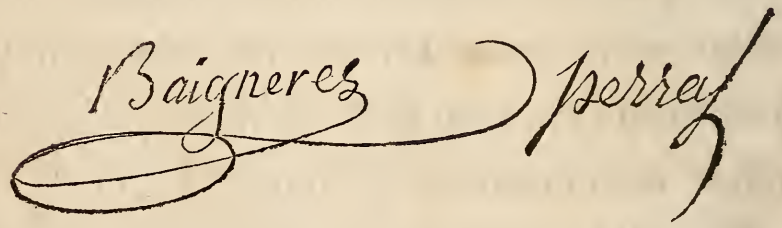
voulu, pour ainsi dire, faire revivre, en le représentant tel qu'il se montroit à ses élèves, leur dévoilant les secrets de son art, leur annonçant sans orgueil ses succès, ses découvertes, et ne leur déguisant point les circonstances où la nature avoit mis son expérience en défaut.

Et vous, jeunes gens, qui vous destinez à étudier cette partie de l'art de guérir, c'est pour vous particulièrement que nous publions ces leçons : c'est un flambeau que nous vous offrons pour vous diriger dans la route que vous voulez suivre. Les personnes même qui exercent dans les campagnes y trouveront de nouvelles lumières, de nouvelles connoissances à acquérir, et la solution de beaucoup de difficultés qu'elles rencontrent tous les jours.

Enfin, si nous nous croyions le talent nécessaire pour entreprendre l'éloge de ce

savant, nous ferions l'énumération de ses nombreux travaux, nous parlerions des établissemens utiles qu'il fonda soit à Paris, soit à Orléans, sa patrie; mais nous laissons cette tâche honorable à quelque plume exercée, capable de la remplir d'une manière digne de cet ami de l'humanité, qui s'est vraiment peint lui-même dans les vers suivans :

De l'honnête et du beau, faisant mon bien suprême,
A servir les humains, j'ai consacré mes jours ;
Puisse le ciel en terminer le cours,
Quand je ne pourrai plus vivre que pour moi-même!



COURS
D'ACCOUCHEMENS
ET
DES MALADIES DES FEMMES ENCEINTES, DES NOUVELLES ACCOUCHÉES,
ET
DES ENFANS NOUVEAUX NÉS.

PREMIÈRE PARTIE.
ACCOUCHEMENS.

CHAPITRE PREMIER,

Dans lequel sont contenues l'histoire des accouchemens, la description des parties génitales, l'exposition des signes de virginité, de grossesse, de viol et de stérilité.

ARTICLE PREMIER,

Contenant un abrégé historique de l'art des accouchemens.

L'ACCOUCHEMENT est cette opération naturelle, par laquelle l'enfant sort du ventre de la mère communément neuf mois après la conception : avec

lui sont chassées plusieurs autres parties ; savoir, le placenta, le cordon ombilical et les membranes qui contiennent les eaux.

On divise les accouchemens en naturels et contre nature. Les premiers sont ceux où l'enfant vient au monde selon les lois ordinaires, et n'a besoin, pour sortir de la matrice, d'aucun secours étranger ; les seconds sont ceux au contraire qui ne peuvent se terminer sans la main d'un accoucheur expérimenté. Nous examinerons par la suite les causes qui peuvent rendre un accouchement contre nature.

De tous les arts, celui de l'accouchement doit être regardé comme le plus recommandable, puisqu'il a souvent l'avantage de sauver la vie à deux individus, la mère et l'enfant, et quelquefois trois ou quatre, selon la quantité des enfans logés dans la matrice. Cet art est nouveau ; il forme aujourd'hui un corps de doctrine, et ce n'est qu'environ depuis un siècle qu'on l'a tiré du chaos dans lequel il étoit plongé, et qu'il a acquis le degré de perfection où nous le voyons aujourd'hui. Avant ce temps, on ignoroit entièrement cette partie de la médecine.

Dans les temps les plus reculés, et chez certains peuples, les accouchemens se faisoient par le ministère des femmes : par exemple, chez les Egyptiens, les Grecs et les Hébreux. Les Grecs reconnoissant l'abus qui en résultoit, établirent des lois qui obligèrent les femmes, pour leur plus grande sûreté,

de commettre ce soin à des hommes, ou du moins de les y faire présider : c'est ce qu'on voit du temps d'Hippocrate, car les hommes étoient présens alors aux accouchemens faits par les matrones. Ce prince de la médecine nous a laissé quelques préceptes sur l'art dont nous parlons ; mais s'il mérite des éloges pour toutes les parties, il est très-blâmable relativement à sa pratique sur les accouchemens. La voici :

« Toutes les fois, dit-il, que l'enfant vient bien, » laissez agir la nature ; l'accouchement se terminera » de lui-même ; quand il sera fait, liez le cordon, » coupez-le, délivrez la mère, et l'accommodez » comme il convient ; s'il vient mal, ramenez-le » toujours à sa position naturelle. »

Ce précepte a été la source d'une infinité d'erreurs et d'un nombre prodigieux de meurtres. En effet, Hippocrate ne spécifie pas quelle est cette situation naturelle ; car, et nous le disons par anticipation, il est deux sortes de position naturelle : l'une, dans laquelle l'enfant présente la tête, et l'autre, dans laquelle il présente les pieds ; cette dernière est peut-être plus naturelle que la première.

Or, dans le texte d'Hippocrate, on a pris pour situation naturelle la plus commune celle où l'enfant présente la tête à l'orifice de la matrice ; en conséquence, en tout temps et dans tous les cas, on a constamment tenté de ramener la tête, ce qui, comme nous le ferons voir dans la suite, est pres-

que toujours impraticable. De cette idée est sorti un déluge de maux ; et, ce qu'il y a de plus incroyable, c'est qu'on ne soit sorti de cette erreur que depuis cent cinquante ans. Galien, sur cette matière, s'est contenté de copier Hippocrate à la lettre.

Depuis, plusieurs médecins ont écrit sur cette matière, dont trois sont recommandables, Arétée de Cappadoce, Celse, et Paul Eginete. Ce dernier nous a laissé des préceptes sur l'art dont nous parlons, qui ne peuvent venir que d'un homme qui l'avoit exercé. Il ne suivit pas la mauvaise doctrine d'Hippocrate ; il parle même fort clairement de l'accouchement naturel par les pieds ; il conseille de ramener à cette position les enfans mal situés : malheureusement ses écrits, ainsi que ceux d'Arétée, furent oubliés, et la doctrine d'Hippocrate subsista.

Les Arabes n'ajoutèrent rien à cette partie. Uniquement occupés de l'ergotisme et de la médecine scholastique, ils ont laissé la théorie et la pratique telles qu'ils les ont reçues des Grecs ; il n'y a eu parmi eux qu'une certaine Cléopatre qui en ait écrit.

Le goût des Arabes ayant depuis été pris en Europe, l'art des accouchemens resta dans le même état pendant plusieurs siècles : c'étoit aussi une véritable boucherie. Enfin parut Ambroise Paré, qui, le premier, tira cet art du néant et de la

barbarie où il étoit plongé. Il réveilla le goût des accouchemens ; on se mit à lire Arétée de Cappadoce, Paul Eginete ; en un mot on jetta le fondement de l'édifice, de façon que, dans ces temps si voisins des ténèbres, Guillaumot donna un très-bon traité d'accouchemens, relativement au temps et aux circonstances où on se trouvoit. Malgré cela, cet art retomba dans une sorte d'oubli, mais qui dura peu. Ce Guillaumot étoit disciple d'Ambroise Paré. Quelque temps après, parurent les Viardel, les Mauriceau, qui tous ramassèrent des matériaux, avec lesquels la Mothe forma un corps de doctrine.

Les auteurs que nous venons de citer ont-ils en effet perfectionné cet art, et Mauriceau en particulier y a-t-il beaucoup ajouté ? je ne le pense pas : ils ont seulement fait tourner les yeux vers l'objet qu'on avoit oublié, et ils ont, et c'est beaucoup, rassemblé des faits, des observations, avec lesquels d'autres gens, qui sont venus depuis, ont réellement perfectionné cette partie de la médecine. Sans ces matériaux, la Mothe ne nous eût peut-être pas laissé son excellent traité d'accouchemens.

L'ouvrage de Mauriceau n'est recommandable que par la partie qui traite des maladies des femmes grosses ; mais il n'en tire aucun mérite : ce n'est que la copie d'un livre que donna auparavant Jean

Liébeau, médecin de Paris. Quant à la pratique des accouchemens, on n'y trouve pas la moindre chose : c'est un secret d'accouchemens laborieux et contre nature, dont il ne détermine ni le mécanisme ni la manière de les terminer.

Il n'en est pas de même du livre de Viardel : les observations qu'il contient sont détaillées. Cet auteur fixe le cas, la situation de l'enfant, l'état de la femme ; il expose ensuite les moyens qu'il employoit pour terminer l'accouchement. Cet ouvrage mérite la réputation dont il jouit ; il nous a peu laissé à traiter sur cette matière. Cet auteur eut une forte contestation avec Mauriceau sur les accouchemens. Dionis publia, dans le même temps, un traité d'accouchemens qui renferme de très-sages réflexions; mais l'art y est en général mal déduit. Cet auteur paroît plutôt s'être attaché à critiquer Mauriceau, qu'il a cependant copié dans le gros de son ouvrage, et n'a rien dit sur cette partie des maladies des femmes qui approche de ce qu'en a dit Mauriceau.

Malgré les différens ouvrages dont nous venons de rendre compte, l'art des accouchemens ne formoit pas un corps de doctrine : la Mothe recueillit ce qu'ils contenoient de meilleur, et il y joignit les observations qu'une longue pratique d'accouchemens lui avoit fournies, les réflexions qu'il avoit faites en conséquence, et du tout il forma un très-bon ouvrage. Ce qu'il y a, c'est qu'il auroit dû

commettre le soin de l'écrire à des mains accoutumées à cette besogne, son livre en auroit encore acquis plus d'excellence : le fond en est très-bon, les observations pleines de vie, de sagacité et de doctrine ; sur-tout il y joint un esprit de probité et de modestie très-recommandables, mais en même temps très-rares dans les ouvrages des chirurgiens. Je regarde cet ouvrage comme le meilleur livre que nous ayons en français sur la partie des accouchemens.

Depuis la Mothe on a beaucoup ajouté à l'art. Douglas, Roonswitt, Ledoux, ont imaginé des instrumens très-utiles dans certains cas ; Deventer, Smellie, Roger, ont écrit avec succès. Le premier a fait une très-belle découverte, qui est l'obliquité de la matrice, la plus utile qu'on ait faite dans cet art. Roger parut, il y a quelques années, en Allemagne. Il a donné un traité en latin ; et, j'ose le dire sans flatterie, ce n'est qu'un extrait des leçons que je fais depuis quinze ans sur le manuel des accouchemens ; du moins les traits multipliés de ressemblance qu'il y a entre cet ouvrage et ma pratique, ne laissent aucun doute : il n'y a qu'à lire et suivre le manuel pour s'en convaincre ; j'ajouterai aussi qu'il a mis de mauvais préceptes, qu'il n'a sûrement pas puisés dans mes leçons ; il renferme cependant de bonnes choses.

L'art dont nous parlons a peut-être autant gagné

par l'invention de certains instrumens que par l'impression de certains ouvrages que nous venons de citer. Les docteurs Douglas et Chanbertier imaginèrent à Londres un forceps, dont ils se disputèrent l'invention ; Palfin, grand voyageur, et courtier de science, pour les mettre d'accord, le publia sous son nom ; il en prit connoissance à Londres, et vint sur-le-champ à Paris se faire honneur de sa prétendue découverte, de manière que l'instrument fut nommé du nom de Palfin. Dans le même temps, un nommé Ledoux publia sous son nom le forceps de Palfin ; de sorte que l'invention de cet instrument fut fort disputée : on ne sait si Ledoux avoit connoissance du forceps de Douglas et de Chanbertier, ou si ces derniers l'avoient eu de Ledoux ; peut-être se sont-ils tous rencontrés, et Palfin les a rencontrés tous les trois. Cet instrument, corrigé par M. Levret, est fort bon.

Depuis, Roonswitt prétendit avoir un secret, qu'il possédoit conjointement avec le docteur Ruysch, pour terminer les accouchemens les plus difficiles d'une matière sûre et certaine ; il pratique, en effet, cet art avec beaucoup d'honneur, d'estime, et, plus encore, de profit. Les Etats de Hollande firent même une loi, qui enjoignit à toute personne de ne pratiquer l'art des accouchemens qu'après avoir acheté le secret de Roger de Roonswitt : c'est un droit dont la famille a joui

jusqu'à nous. Un jeune médecin de Hollande, qui suivit mes leçons sur cet art, il y a quelques années, avec un de ses amis, l'a acheté pour le rendre public ; ce qu'il a fait : il consistoit dans une sorte de forceps ou de levier à deux branches, dont il se servoit. Enfin, le docteur Smellie en a imaginé un depuis peu ; mais il ne vaut pas le forceps de Palfin, sur-tout corrigé par M. Levret, pour l'enclavement de la tête. Au moyen du forceps, on a rendu de grands services à l'art : son usage est d'un grand secours dans la pratique des accouchemens, comme nous le verrons dans la suite. Depuis son invention, on a rejeté les crochets, qui n'étoient propres qu'à déchirer les enfans. Nous ferons connoître tous ces instrumens, à mesure que les circonstances l'exigeront.

Enfin il nous reste à examiner un livre dont nous avons oublié de parler : c'est le *Guide des Accoucheurs*, par Menard, chirurgien de Rouen. Cet ouvrage est fort bon ; j'en conseille la lecture, et sur-tout j'en aime la manière de manœuvrer ; il est des plus recommandables, comme le livre de la Mothe, par un esprit de modestie et de probité fort à desirer dans les ouvrages des autres chirurgiens.

Telle est, en peu de mots, l'histoire abrégée de l'art des accouchemens : il forme aujourd'hui un corps de doctrine fort précieux. Or, dans l'état

où il est, les femmes doivent-elles accoucher et l'exercer préférablement aux hommes, et les médecins doivent-ils abandonner cette partie aux chirurgiens ? C'est ce que nous allons examiner.

Si l'art des accouchemens a été si long-temps plongé dans l'obscurité, c'est qu'on l'avoit abandonné à des femmes ignorantes. Il seroit encore dans l'enfance, si des hommes laborieux et intelligens, frappés de l'importance de l'objet, ne l'eussent mis peu à peu dans l'état où nous le voyons aujourd'hui. Il auroit donc été à souhaiter, pour le bien de l'humanité, que les femmes ne se fussent jamais mêlées de cette partie, et qu'elles s'en mêlassent encore moins aujourd'hui que l'art est beaucoup plus compliqué. Sont-elles en état d'apprendre toutes les choses qu'il faut absolument savoir pour s'acquitter de cette partie ? la nature leur a-t-elle donné les forces nécessaires pour terminer certains accouchemens laborieux, où les hommes les plus forts ne peuvent suffire ? D'ailleurs, comment donner les notions nécessaires à un sexe aussi léger et aussi timide, qui tremble et qui frémit au seul nom de cadavre ? cela est impossible. Ces considérations, et d'autres, devroient engager toutes les nations à retirer cette partie de la médecine des mains des femmes. Le mal qu'elles font ne se borne pas à tuer ou estropier une femme en travail ; elles se mêlent encore

de pratiquer la médecine interne ; elles étudient trois ou quatre recettes, et croient tout savoir ; elles donnent cela à tort et à travers, et mettent les malades dans un état d'où les médecins les plus habiles ne les sauroient tirer. Il seroit donc à souhaiter que les magistrats, connoissant comme nous la nécessité et l'erreur contre laquelle nous nous élevons, y remédiassent à l'exemple des Grecs. Nous n'ignorons pas que des esprits nourris de préjugés, à l'exemple de M. Hecquet, vont crier à l'indécence : eh bien ! on les laissera crier. Cet auteur a prétendu gravement prouver, dans un ouvrage fait exprès ; qu'il y avoit de l'indécence et de l'immodestie aux hommes d'accoucher les femmes. Ce médecin sortoit sans doute de quelque cloître, où il avoit puisé ces idées sottes et puériles. En effet, est-il plus indécent à un médecin d'accoucher une femme que de la traiter d'une fistule à l'anus, de lui retrancher les nymphes, de lui visiter les parties génitales pour s'assurer de quelques maladies ? M. Hecquet auroit-il hésité de porter le doigt dans le vagin pour examiner l'état de l'orifice de la matrice, dans le cas où il eût soupçonné une suppuration de ce viscère ? Il devoit bien penser que ce n'étoit pas dans les cris, les douleurs et l'état de souffrance où se trouvent les femmes, qu'on se sent atteint de l'aiguillon de la chair ; les hommes seuls doivent donc accoucher :

ce ne sont pas d'aussi futiles raisons qui doivent nous arrêter. En vain M. Hecquet nous citera-t-il les exemples des Hébreux ; ils faisoient comme ils vouloient, et nous comme il nous semble juste : on sait d'ailleurs combien ce peuple étoit idiot, et combien il se laissoit facilement séduire. Ils avoient des prophètes à foison ; heureusement pour nous nous en manquons. Cette première question décidée, passons à une autre ; examinons si les médecins doivent exercer l'art des accouchemens : à l'exemple des chirurgiens, nous répondons affirmativement.

L'art des accouchemens est une partie de la chirurgie, qui n'est elle-même qu'une partie divisée de la médecine : donc ils doivent les pratiquer. D'ailleurs, pourquoi les médecins français ne suivent-ils pas la méthode des Allemands, des Hollandais et des Anglais ? Ruysch et Deventer, en Hollande, étoient médecins, et pratiquoient les accouchemens, comme Ratelat et Roger de Roonswitt, qui étoient chirurgiens. Aujourd'hui, le docteur Smellie exerce les accouchemens à Londres ; je les pratique dans cette capitale, et je m'en fais gloire, sans que cela paroisse singulier, à moins que ce ne soit aux yeux des imbécilles ; il y auroit même un très-grand avantage qu'on mît cette pratique tout-à-fait entre les mains des médecins et des chirurgiens, la pratique des maladies qui précè-

dent ou qui suivent l'accouchement s'en trouveroit beaucoup mieux : elles sont entièrement du ressort de la médecine. Il faut nécessairement posséder les grands principes de l'art pour connoître et se comporter convenablement dans le traitement de ces maladies ; en outre il faut avoir fait une étude particulière de l'art des accouchemens. Un homme qui ne seroit qu'accoucheur sans être médecin, tomberoit tous les jours dans de funestes bévues, s'il vouloit se mêler de guérir les femmes grosses et accouchées ; il en seroit de même d'un homme qui, sans être accoucheur, quoique médecin, voudroit accoucher dans tous les cas : ces deux hommes feroient de lourdes fautes, et l'expérience ne nous en fournit que trop d'exemples. On voit tous les jours des médecins, très-estimables d'ailleurs, se tromper dans ces cas : c'est qu'ils n'ont acquis aucune connoissance de l'art de l'accouchement ; ils veulent ramener ces maladies aux principes ordinaires de la médecine, lors même qu'ils doivent s'en écarter : j'ai vu plus d'une bévue de cette espèce ; je vous en donnerai par la suite plusieurs exemples. Il suit donc de ce que nous venons de dire, que les médecins doivent, pour le bien de l'art, pratiquer les accouchemens ainsi que les chirurgiens. Faute de cet accord, la partie physiologique des accouchemens est tombée dans l'état le plus déplorable ; il ne faut, pour s'en convaincre, que lire les ou-

vrages des accouchemens sur cette matière : le seul livre où on la trouve comme il faut est Mauriceau, même elle est de Jean Liébeau, médecin de Paris.

Il ne nous reste plus, pour achever le préliminaire, qu'à examiner quelles doivent être les qualités d'un accoucheur. Il doit être, 1°. fort robuste, pour terminer certains accouchemens qui demandent beaucoup de force de corps ; 2°. intelligent, pour trouver simplement un moyen de terminer un accouchement contre nature ; 3°. adroit de la main, pour mettre le moyen à exécution ; 4°. d'un caractère doux, patient et caressant, afin que, par ses manières et ses discours, il puisse soutenir les forces et l'espérance de l'ame dans un cas aussi épineux ; 5°. charitable et compatissant, pour ne pas refuser son secours aux pauvres ; 6°. il faut sur-tout qu'il soit discret et homme d'honneur, car il est des cas où la réputation de toute une famille lui est confiée ; 7°. il doit être instruit à fond de tous les préceptes de l'art qu'il veut exercer, s'il veut pratiquer avec honneur et gloire ; il faut par conséquent qu'il ne soit ni vieillard décrépit, ni un jeune homme à peine formé.

L'art des accouchemens ne se réduit pas seulement à savoir accoucher une femme ; il s'étend encore à la connoissance des maladies qui peuvent survenir pendant ou après l'accouchement, à

la manière enfin de les traiter. Les maladies des enfans nouveaux nés sont encore du ressort de cette partie de la medécine : nous avons par conséquent les objets principaux à traiter dans le cours ; savoir, 1°. les maladies des femmes grosses ; 2°. l'art proprement des accouchemens, ou le manuel de ces opérations ; 3°. les maladies des nouvelles accouchées ; 4°. les maladies des enfans nouveaux nés. Ces quatre objets fournissent chacun une partie du traité que nous allons commencer ; en sorte qu'il sera divisé en quatre parties, dont chacune contiendra un certain nombre de chapitres, divisés eux-mêmes en paragraphes. Je me suis déterminé à suivre ces divisions, pour rendre ma rédaction plus claire, et pour lui donner un certain ordre, dont elle n'auroit pas été susceptible sans cela. Quelques accoucheurs ont traité des maladies qui regardent les filles et les femmes qui ne sont pas enceintes ; mais cet objet rentrant dans la médecine ordinaire, nous ne croyons pas à propos de les imiter : d'ailleurs nous avons traité ces maladies dans notre cours de pratique ; nous ne ferions que répéter ce que nous avons déja dit.

ARTICLE II.

Description du bassin dans l'état naturel.

La connoissance des parties génitales, soit dures, soit molles, qui servent à la génération et à l'ac-

couchement, est absolument nécessaire à tout accoucheur qui veut être sûr de la réussite de ses opérations : d'ailleurs cette connoissance le met en état de prévenir les accidens fâcheux qui rendent les accouchemens contre nature ; nous allons donc faire une courte description de ces parties ; mais nous ne les considérerons que relativement à l'art des accouchemens.

Description des parties dures.

Le bassin est une cavité large, oblongue par la partie supérieure, rétrécie par l'inférieure, inclinée du devant en arrière, et formée par l'assemblage de quatre os, distingués, chez les enfans, par des cartilages intermédiaires ; confondus, et parfaitement soudés, chez les adultes, par l'ossification de ces mêmes cartilages. Ces quatre os sont, l'os des îles, l'ischion, le pubis, et l'os sacrum, qui, avec le coccyx, est considéré comme un seul. Le premier de ces os occupe la partie supérieure du bassin, et en forme la portion évasée ; le second se trouve à l'inférieure ; le troisième, à l'antérieure ; le quatrième, le coccyx, est à la postérieure, ainsi que l'appendice coccygienne. A ces quatre os on doit ajouter les deux dernières vertèbres lombaires, qui concourent à la formation du bassin ; elles sont placées à la partie supérieure et postérieure de cette partie osseuse.

Nous

Nous allons considérer le bassin dans son ensemble, et relativement aux accouchemens ; pour les autres détails, nous renvoyons à notre anatomie.

État naturel du bassin.

On divise le bassin en grand et en petit ; le grand bassin, *pelvis major*, forme la partie supérieure et évasée de cette grande cavité. Il est formé par les os des îles, le sacrum et les deux dernières vertèbres des lombes ; il n'est séparé du petit que par le bord arrondi du premier de ces os, qui, se continuant avec le bord supérieur du sacrum et du pelvis, forme une circonférence ovale, qu'on nomme *le détroit* ; le grand bassin est formé à la partie antérieure, par les tégumens, les muscles abdominaux et le péritoine : ces parties sont molles, et prêtent singulièrement dans la grossesse.

Le petit bassin, *pelvis minor*, comprend le reste de l'espace compris dans les os que nous avons nommés : il est formé par le sacrum et le coccyx, à sa partie postérieure supérieure ; par les os ischion, sur les parties latérales ; par les os pubis, à la partie antérieure. Examinons présentement chacun de ces os en particulier.

Os des îles.

Cet os est plat : on y considère, 1°. deux faces, dont l'interne est, pour la plus grande partie, cave,

et qui doit être bien évasée, pour amplifier le grand bassin ; 2°. son articulation avec le sacrum, par l'intermède d'un cartilage qui ne s'ossifie pas ; 3°. la grosse tubérosité postérieure, qui doit être rejetée en arrière ou en dehors ; 4°. la crête, qui doit avoir une égale et douce courbure ; 5°. les bords inférieurs de cet os, qui doivent être bien arrondis chez les femmes, pour laisser glisser plus facilement la tête dans le petit bassin ; 6°. les épines antérieures et supérieures, qui ne doivent pas être élevées l'une plus que l'autre, ni trop rapprochées : la position de ces épines est la boussole des accouchemens ; il faut bien l'examiner, car c'est elle qui fait connoître sur-le-champ si le bassin est bien ou mal conformé.

Os pubis.

On le divise en corps et en branches. Dans le corps on y considère, 1°. la face interne, qui doit être lisse, polie et légèrement cave ; 2°. l'épine ou la crête du pubis, qui doit être rejetée en dehors ; 3°. son articulation avec son congénère, faite par le moyen d'un cartilage appelé *symphyse du pubis* : elle doit être la plus courte qu'il est possible, autrement la femme est barrée ; 4°. au-delà de l'épine du pubis une échancrure nommée *ilio-pectinée*, qui doit être arrondie, lisse et polie ; au dessus de cette échancrure se trouve l'anneau des

muscles du bas-ventre, par lequel il se fait quelquefois des hernies dans le temps de l'accouchement, que l'on ne soupçonneroit pas, si l'on ignoroit la position de cet anneau : dans la branche on ne considère que sa face interne, qui doit être aplatie, égale, déjetée en dehors, pour rendre l'arcade du pubis plus large.

Os ischion.

On le divise aussi en corps et en branches. Le corps nous présente, 1°. sa face interne, qui est égale, lisse et légèrement cave ; 2°. sa grosse tubérosité, qui doit être la moins âpre et la moins raboteuse que faire se peut, et sur-tout bien déjetée en dehors, pour rendre l'ouverture du petit bassin plus spacieuse ; 4°. l'épine sciatique plate, pas trop déjetée en dedans, lisse et polie ; par sa face interne, la branche de l'ischion doit être oblique de devant en arrière, son bord inférieur, égal et arrondi, bien rejeté en dehors pour rendre l'arcade du pubis plus large, et la sortie de l'enfant plus aisée.

Le trou ovale est formé par l'ischion et par le pubis ; sa circonférence est terminée par le corps et les branches de ces deux os ; il est fermé par une bande ligamenteuse, interrompue par un trou fait pour le passage des vaisseaux sanguins qui sortent du petit bassin par l'échancrure qui se remarque au

haut du trou ovalaire ; cette ouverture est ménagée, pour que les parties musculaires et les vaisseaux ne soient pas comprimés pendant que la tête de l'enfant passe ou se trouve enclavée : d'ailleurs, les membranes ligamenteuses, se portant au dehors, amplifient le bassin dans le temps de l'accouchement ; enfin on peut présumer que ces trous sont faits pour rendre les os plus légers. Il faut observer que, par l'échancrure du trou ovalaire, il se fait quelquefois des hernies, plus communes chez les femmes, et toujours très-difficiles à connoître ; elles sont petites pour l'ordinaire, causent des accidens terribles, et il n'est pas aisé d'y remédier, et font périr souvent la femme lors de l'accouchement.

Os sacrum.

Cet os est triangulaire. On y considère deux faces, trois angles et trois bords. La face interne est beaucoup plus égale et polie que l'externe ; elle doit être bien concave, et le total bien cambré, pour augmenter la cavité du petit bassin ; elle est percée de trous assez larges pour permettre la sortie des nerfs sacrés ; 2°. les angles supérieurs forment une masse osseuse, arrondie, polie, qui contribue à former le détroit : 3°. l'angle inférieur ne doit pas être trop ramassé en devant, mais plutôt rejeté en dehors, pour reculer le coccyx, avec lequel il est articulé ; 4°. les bords latéraux n'ont rien de

remarquable, ainsi que la face postérieure, relativement aux accouchemens.

Coccyx.

Ce petit os mobile est articulé avec l'angle inférieur du sacrum : il doit se porter en arrière avec facilité dans les accouchemens, pour élargir l'ouverture inférieure du petit bassin. Le peu de mobilité qu'il a chez les filles de trente, trente-six et quarante ans, rend les accouchemens difficiles, lorsque ces filles, lassées de garder leur virginité, se marient à cet âge ; quelquefois même ces os se fondent entièrement avec l'os sacrum : pour lors ils ne peuvent plus se porter en arrière ; ils rendent les accouchemens très-laborieux : car, dans ce cas, ils ne laissent pas de diminuer l'ouverture inférieure du petit bassin.

Considérons à présent le bassin en entier.

Du bassin.

Le bassin, pris et considéré dans son entier, est plus grand et plus spacieux chez les petites femmes que chez celles qui sont d'une taille avantageuse et bien faites ; aussi les premières accouchent-elles, en général, plus facilement que les dernières : il est terminé en devant par l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, en haut par la crête

demi-circulaire de ces mêmes os, et en arrière par l'éminence que forment les deux dernières vertèbres lombaires. Entre les deux épines antérieures et supérieures de l'os des îles, se trouve une très-grande échancrure, couverte dans les cadavres par les tégumens, les muscles du bas-ventre et le péritoine : l'aponévrose des muscles du bas-ventre et la ligne blanche manquent vers le pubis. Cette échancrure nous explique comment et pourquoi l'obliquité de la matrice en devant est si commune ; car, lorsque ce viscère sort du petit bassin, son fond se jette en devant, et son orifice en arrière, et l'obliquité a lieu ; elle arrive d'autant plus aisément que la partie postérieure du grand bassin est formée par l'éminence des dernières vertèbres lombaires, ce qui contribue à la jeter en devant, pour peu que ses ligamens prêtent.

La véritable position du bassin, prise en total, est oblique de devant en arrière. Il faut observer soigneusement cette situation, car il s'ensuit, 1°. que le sacrum suit cette direction dans toute son étendue ; 2°. que la symphyse du pubis suit en arrière ; 3°. que l'os pubis et ischion forment un plan incliné, dont la partie supérieure est la plus antérieure ; 4°. que la pointe du sacrum répond exactement à la partie inférieure de la symphyse du pubis ; 5°. que l'enfant, pour venir au monde, est obligé de décrire une ligne oblique de devant en arrière d'abord,

puis de derrière en avant, lorsqu'il se glisse sous l'arcade du pubis ; 6°. qu'il est certains accouchemens laborieux, dans lesquels l'on est obligé de lever les reins de la femme fort haut pour les terminer plus promptement.

L'on passe du grand au petit bassin par une ouverture ovale, faite par l'os sacrum en arrière, le bord inférieur de l'os des îles sur les côtés, et par la symphyse du pubis en devant ; elle pourroit être regardée comme un triangle, dont les bords sont arrondis et les angles mousses : il faut observer avec grande attention, que le grand diamètre de cette ouverture se trouve de l'un à l'autre de l'os des îles, et le petit de devant en arrière. De là il suit que si la tête de l'enfant se disposoit comme on l'a cru de tout temps, lorsqu'elle franchit ce dernier, il y auroit de la difficulté pour l'accouchement ; mais la tête se trouve, dans cet instant, de façon que la face regarde l'un des os des îles, et l'occiput l'autre. Par ce moyen, son grand diamètre s'ajuste à celui de cette grande ouverture, et l'accouchement se termine heureusement : c'est même sur ce principe qu'est fondé tout le mérite de l'instrument de Roonswitt. Lorsque la tête a passé le détroit, elle reprend sa situation.

Cette structure que nous venons d'observer, est contraire dans les enfans. Le grand diamètre de l'ouverture supérieure du petit bassin est chez eux

de devant en arrière; ce qui dépend de la saillie que font alors les deux dernières vertèbres lombaires, et du peu de développement de toutes ces parties: cette structure s'observe même chez certains sujets, à l'âge de quatorze, quinze ans. Il faut faire attention à toutes ces choses.

L'ouverture dont nous venons de parler a une ouverture spacieuse : c'est le *pelvis propriè dicta*. Elle est formée par le sacrum et le coccyx; en arrière, par l'os ischion, la pointe du sacrum et les ligamens îlio-sciatiques; cette cavité se trouve par conséquent entre deux ouvertures plus resserrées: cette disposition est très-importante à remarquer, car c'est sur cette structure qu'est fondé le mécanisme de l'enclavement.

Il arrive enclavement, quand l'ouverture inférieure est trop étroite en vertu du rapprochement des tubérosités, des os ischion et de la pointe du sacrum : pour lors la tête de l'enfant, après s'être alongée pour franchir le détroit, se rétablit dans son état naturel, dès qu'elle est tombée dans la cavité évasée du petit bassin. Or, si l'ouverture inférieure est trop étroite, comme nous l'avons supposé, la tête qui auroit pris sa forme et sa grosseur ordinaire, ne pourra absolument descendre davantage; on ne pourra, par la même raison, la repousser du petit bassin par l'ouverture supérieure, et elle se trouvera parfaitement enclavée. La différence qui se trouve, dans

l'état naturel, entre la longueur des diamètres, de la partie moyenne ou la plus évasée du petit bassin, et celle du diamètre de l'ouverture inférieure, va à deux travers de doigt : la différence n'est pas si grande relativement au diamètre de l'ouverture supérieure ; ce qui vient de ce que l'ouverture inférieure de cette cavité est plus étroite que la supérieure. Ce rétrécisement de l'ouverture inférieure vient, 1°. du rapprochement des os ischion, qui sont légèrement inclinés du dehors en devant ; 2°. de la position des ligamens grands et petits sciatiques : ces derniers prêtent, il est vrai, dans le temps de l'accouchement ; ce qui rend à toute l'ouverture inférieure presque autant de largeur qu'à la supérieure.

Le grand diamètre du petit bassin diminue par en bas d'un bon demi-pouce, et le grand, au contraire, augmente d'un pouce ; en sorte que la disposition des choses semble changer ici. En effet, le grand diamètre de l'ouverture inférieure paroît être de devant en arrière, et le petit, de droit à gauche ; du moins, j'ai vu cette structure dans plusieurs bassins de femmes bien conformées : j'ignore si elle est générale.

On peut considérer le petit bassin comme formé de trois triangles vuides et de trois pleins : des pleins, deux se trouvent en devant et un en arrière ; ce dernier est fait par le sacrum, les deux autres par

les os ischion et pubis ; des vuides, deux sont en arrière formés par les grandes échancrures sciatiques, un en devant, fait par l'arcade du pubis : ce dernier importe beaucoup à l'accouchement ; les deux autres y sont peu de chose : seulement ils évitent aux nerfs sciatiques la pression qu'ils souffroient ; alors le triangle vuide antérieur doit être long et élevé, pour faciliter la sortie de l'enfant : la base des triangles solide est en haut, leurs pointes en bas ; c'est le contraire pour les triangles vuides.

Dans la situation naturelle du bassin, le petit diamètre de l'ouverture supérieure du petit bassin est oblique de derrière en avant. De là il arrive que l'éminence faite par le haut du sacrum et la dernière des vertèbres des lombes ne se trouve pas vis-à-vis le bord supérieur de la symphyse du pubis, mais beaucoup plus élevée : la nature a ainsi disposé les choses pour favoriser, l'enfant quand il fait sa petite culbute. Si cette éminence eût répondu au bord supérieur du pubis, l'ouverture du petit bassin eût été diminuée de beaucoup. Il suit encore de cette obliquité que la pointe du sacrum répond au bord inférieur de la symphyse du pubis, ce qui dégage singulièrement cette même arcade ; la surface osseuse antérieure du petit bassin est bien moins longue que la postérieure. Cette dernière a toute la longueur du sacrum, qui est de six pouces, et l'autre se mesure par la symphyse du pubis, qui, dans

l'état naturel, est d'un pouce et demi au plus : d'où il s'ensuit que, dans l'accouchement, la tête de l'enfant doit nécessairement enfiler le devant : les triangles osseux latéraux ont à peu près quatre pouces ou quatre pouces et demi de long.

La longueur du grand diamètre du petit bassin est de cinq ou six pouces ; celle du petit, de quatre ou cinq ; toutes les proportions varient suivant la grandeur du sujet. Les os innominés résultent de l'union des os des îles, ischion et pubis, qui se sont soudés avec le temps pour n'en faire plus qu'un ; ils sont articulés par une symphyse cartilagineuse, disent les anatomistes, et par plusieurs bandes ligamenteuses qui embrassent les articles. Or je prétends, contre le sentiment de tous les accoucheurs, que les deux articulations prêtent dans l'accouchement, et qu'en conséquence il se fait un écartement d'os qui ne laisse pas d'être considérable. Je ne donne pas cette opinion de mon chef, les anciens l'avoient tous adoptée ; je ne fais que la réveiller et la soutenir contre tous les modernes, qui ont rejeté cet écartement, contre la raison et l'expérience. Ecoutons leur raisonnement. Comment est-il possible, disent-ils, qu'un cartilage, qui est une substance dure et approchante de celle de l'os, puisse être susceptible d'extension et d'alongement ? D'ailleurs, si l'écartement des os pubis se faisoit, il se laisseroit appercevoir, et la mobilité des os seroit sensible en

appuyant la main sur la symphyse : or rien de tout cela ne s'apperçoit ; donc il n'y a pas d'écartement. Cet argument n'est pas concluant ; il ne porte aucun coup au sentiment des anciens, que nous adoptons : il prouve seulement ce qu'ont fait ces auteurs en examinant la nature du cartilage qui unit les os pubis entre eux, et les os des îles avec le sacrum. Qu'on l'examine attentivement, on verra qu'il n'est rien moins que cartilagineux ; que c'est, au contraire, une substance de la nature des ligamens, une substance semblable à celle des cartilages intervertébraux, qui s'alonge et se raccourcit dans les différentes flexions que fait l'épine du dos : donc la raison prouve la possibilité de l'écartement des os du bassin lors de l'accouchement. Nous avons plus que la raison pour nous : l'expérience a décidé cette question, et a rendu le fait certain de problématique qu'il étoit ; je pense l'avoir prouvé d'une manière claire sur le bassin d'une femme morte en couche. C'est donc à tort que le docteur Smellie dit que la mobilité des os du bassin n'arrive qu'en conséquence d'un accouchement contre nature, parce que celui que j'ai fait voir étoit celui d'une femme qui étoit accouchée fort heureusement, et qui étoit morte d'une perte de sang. En un mot, j'ai observé cette disposition dans tous les bassins de femmes mortes en couche que j'ai examinés.

Cet écartement d'os arrive dans tous les accou-

chemens : si l'accouchement se fait dans l'ordre naturel, les ligamens et les cartilages prêtent presque insensiblement ; les os deviennent mobiles ; et, l'opération finie, les choses se rétablissent en peu de jours dans l'ordre naturel. Quand, au contraire, l'accouchement est brusque, qu'il se fait promptement, soit par accident, ou par l'imprudence de l'accoucheur, les fibres des ligamens et des cartilages sont alors étendus avec force et d'une manière subite ; elles perdent leur ressort sans pouvoir le reprendre ; les os restent écartés ; et les femmes, après un pareil accouchement, restent boiteuses. Mais comment, dira-t-on, des parties aussi peu propres à prêter en apparence peuvent-elles le faire d'une manière aussi marquée ? le voici. L'accouchement est une opération qui se prépare de longue main dans les dix ou douze derniers jours de la grossesse ; la matrice, aussi distendue qu'elle peut l'être, pèse sur le bord du petit bassin, comprime les vaisseaux sanguins ; la circulation se trouve gênée ; le retour des fluides se fait difficilement : le sang souffre alors dans les parties une espèce de compression ; la sérosité s'extravase, s'épanche dans le tissu cellulaire des parties environnantes ; le tissu des ligamens et des cartilages participe aussi à cette infiltration, qui en abreuve les fibres ; ces mêmes fibres en deviennent plus souples et plus susceptibles d'extension, quand une cause les met dans

un état prochain de rupture : or la sortie de l'enfant produit cet effet ; les ligamens et cartilages, tiraillés, cèdent et s'alongent. Toutes ces choses ont été sagement ménagées pour prévenir la rupture de ces parties.

Description des parties dures dans l'état contre nature.

Il est rare qu'une fille qui n'aura pas été nouée, qui aura porté des corps bien faits et droits ; il est rare, dis-je, qu'elle ait le bassin vicié : mais si elle a toujours été malade, rachitique dès sa plus tendre enfance, alors le bassin peut être vicié et mal conformé, de façon à interdire le mariage. Voici une règle générale et sûre pour guider l'accoucheur à cet égard. Si le nouage s'est manifesté avant l'âge de deux ans, le bassin est assurément mal conformé, car alors les os étoient encore mous, tendres, cartilagineux et susceptibles de contorsion. Si le rachitis ne s'est fait appercevoir que passé trois ou quatre ans, il y a beaucoup à présumer que le bassin est bien conformé. Dans le premier cas, sur cent femmes il y en aura quatre-vingt dix-neuf qui auront le bassin vicié ; dans le second, il y en aura pareil nombre bien conformé.

Le bassin péche dans l'excès de grandeur ou de petitesse, ou bien parce que sa figure est altérée. Si le bassin est trop spacieux, la matrice, s'élevant

au-dessus du petit bassin vers le quatrième mois, vacille dedans, et devient oblique. Lorsqu'il est trop petit, le défaut est beaucoup plus grand; car il est à craindre que l'enfant ne puisse plus sortir: le bassin n'est petit souvent que relativement. Par exemple, on marie une petite fille fluette et délicate à un gros homme robuste et vigoureux, qui lui fait un enfant, taillé sur son patron, gros et fort; cette femme est dans le danger de périr avec son enfant, plus gros qu'il ne convient par proportion aux parties de cette femme.

Le bassin péche encore par sa figure : or elle n'est altérée que quand les os en particulier sont contrefaits. Examinons quels peuvent être ces vices de conformation.

Os des îles.

Ces os peuvent être trop resserrés, trop rapprochés, pas assez évasés, et par là rendre le grand bassin trop étroit : la crête de l'un peut être plus élevée et moins arrondie que celle de l'autre; ce qui donne une figure tortue au bassin ; enfin les épines antérieures et inférieures peuvent rentrer en dedans, et son bord inférieur, au lieu d'être arrondi, peut être tranchant. On connoît ce vice, en touchant la crête de ces os, et les épines antérieures et supérieures,

Os pubis.

Cet os peut pécher, 1°. par son corps aplati et porté en-dedans, ce qui diminuera l'entrée du petit bassin, et gênera la tête de l'enfant au passage; 2°. par son épine, ou sa crête jetée en-dedans, tranchante et aiguë, au lieu d'être arrondie; ce qui arrêtera invinciblement la tête au détroit; et plus l'enfant sera poussé, plus cet obstacle gagnera de force : car la tête arcboutera de plus en plus sur cette crête tranchante; 3°. la symphyse du pubis peut être trop longue, ce qui est lorsqu'elle a plus de deux travers de doigt de hauteur : l'accouchement est alors laborieux, car ce vice produit plusieurs méchans effets : 1°. il alonge la cavité du petit bassin; 2°. il diminue l'amplitude de l'angle vuide antérieur, par lequel l'enfant doit passer; 3°. il rétrécit l'ouverture inférieure du petit bassin, forme un nouvel obstacle à l'enfant, quand il vient à sortir. Ce vice est très-fâcheux, comme il est aisé de le voir; et il l'est d'autant plus que cet excès de longueur est considérable. Ce vice de conformation n'arrive guères qu'aux femmes qui ont été nouées avant l'âge de deux ans ou environ : celles chez qui il se rencontre sont regardées comme barrées. En effet, en portant le doigt dans le vagin, on sent une espèce de barre passée en travers; 4°. les branches des deux os pubis peuvent

peuvent être trop rapprochées, et par là rendre l'arcade du pubis étranglée, étroite, et produire le mauvais effet de la barre : car il importe peu que cette arcade soit rétrécie ou raccourcie ; la tête, dans l'un et l'autre cas, ne peut s'engager.

Os ischion.

1°. Le corps de cet os peut être plat par sa face interne. Cette face peut être comme raboteuse et tuméfiée, ce qui rendra la cavité du petit bassin plus étroite, sur-tout, si en même temps le sacrum est aplati. Dans ce cas, la tête de l'enfant descendra plus lentement, et avec peine ; elle sera obligée de s'alonger, et de se mouler à l'étroitesse du lieu ; les frottemens seront considérables, la résistance grande, puisqu'elle est en raison des frottemens. 2°. L'épine sciatique, trop pointue, jetée en-dedans, produira à peu près les mêmes effets, et se plantera comme un clou dans les parties latérales de la tête de l'enfant. (J'ai un bassin où les épines sont si pointues, et jetées en-dedans, qu'elles forment des éminences prolongées en manière de cloux.) 3°. Les branches de l'ischion peuvent être trop rapprochées, et rétrécir l'arcade du pubis ; elles peuvent être jetées en-dedans, tranchantes et raboteuses, ce qui accrochera la tête de l'enfant, lorsqu'elle s'engagera sous cette arcade, et retardera sa sortie. 4°. Les grosses tubérosités de l'ischion peu-

vent être rapprochées, vice des plus terribles. Poussé à un certain point, la capacité du bassin forme alors un cône tronqué et renversé, dont l'ouverture inférieure ne peut permettre la sortie de la tête, à cause de son étroitesse. Cette tête prend la figure d'une poire pour s'ajuster à celle des parties : car elle est toujours poussée vigoureusement par la matrice. Cette partie, comprimée de toutes parts, presse à son tour les nerfs et les vaisseaux sanguins, intercepte le cours des fluides ; et pour peu qu'elle dure, la vie de la mère et de l'enfant sont en grand danger.

Os sacrum.

Cet os péche 1°. quand la surface interne est plate, non cambrée ; la cavité du petit bassin est alors rétrécie ; la tête de l'enfant est comme aplatie ; sa petite face souffre ; elle touche l'os acrum, qui la meurtrit par un plus grand nombre de parties. D'ailleurs, les points du contact étant multipliés, ces frottemens augmentent, la résistance s'accroît, et la tête descend avec plus de difficulté. 2°. La partie supérieure de cet os et la dernière vertèbre lombaire peuvent faire trop de saillie, ce qui raccourcit le petit diamètre du *pelvis minor ;* la tête de l'enfant ne pourra donc franchir ce détroit qu'avec difficulté. D'ailleurs, ce vice occasionne l'obliquité de la matrice en-devant, autre cause capable de

rendre l'accouchement long et laborieux. 3°. L'angle inférieur du sacrum peut être trop recourbé en-dedans, rétrécir par conséquent l'ouverture du petit bassin, et produire une partie des mauvais effets qui suivent le rapprochement des tubérosités des os ischion ; cela est cependant rare. 4°. Le coccyx peut être composé de cinq ou six os, et être trop ramené en devant, ce qui est rare : pour lors l'ouverture inférieure seroit trop resserrée, et la sortie de l'enfant fort difficile.

Voilà quels sont les principaux vices de conformation des parties dures : ils peuvent être simples ou compliqués, quand ils se trouvent plusieurs ensemble, comme applatissement du sacrum, et rapprochement des tubérosités des os ischion en même temps. Ces vices dépendent de ce que la femme a été nouée dès sa plus tendre jeunesse. Il faut que ces vices soient connus non-seulement d'un accoucheur, mais encore d'un médecin, pour répondre à une famille qui le consulte pour savoir si une fille est propre à marier. Nous donnerons dans la suite la manière de faire cet examen, et de décider cette question.

Différence du bassin de la femme de celui de l'homme.

Il est facile de distinguer le bassin d'une femme de celui d'un homme. Le bassin des femmes est

en général beaucoup plus large et plus évasé que celui des hommes ; ce qui dépend du contour de la crête des os des îles et du grand écartement de leur surface antérieure et supérieure : c'est apparemment pour cela que les femmes qui vivoient dans les siècles précédens portoient des bourrelets postiches aux hanches, croyant se donner une bonne grace. Cette méthode est encore en vigueur dans certaines contrées d'Allemagne et de Hongrie et en Hollande : elle est plutôt fondée sur l'agrément que les femmes croient se procurer, que sur l'utilité qu'elles peuvent en tirer, et je pense que tout ce qu'on appelle mode est, ou a été fondé en raison. Je prétends que cette mode de nos mères est venue de ce que, frappées de l'aisance avec laquelle une femme qui avoit les hanches bien développées, accouchoit, voulurent au moins imiter cette bonne conformation, quand la nature la leur avoit refusée.

Le petit bassin, de même, est plus ample chez les femmes que chez les hommes ; tous ses contours sont plus arrondis : ce qui a été fait pour loger avec plus d'aisance l'*uterus gravidus* et le rectum, la vessie est une partie des intestins grêles. L'ouverture supérieure du petit bassin est plus large chez les femmes ; les bords qui le ferment sont plus arrondis, afin que la tête de l'enfant glisse avec plus de facilité ; l'arcade du pubis est plus large, plus ouverte, la symphyse de ces os bien moins longue,

le cartilage qui la forme plus étendu, leurs crêtes sont moins marquées et plus déjetées en devant ; les os ischion sont plus écartés l'un de l'autre, leurs épines et leurs tubérosités plus en dehors et plus arrondies, le sacrum plus haut, plus courbé, ce qui leur forme une croupe saillante ; sa pointe plus déjetée en dehors : toutes ces différences s'apperçoivent au premier coup-d'œil dans un bassin de femme bien conformée ; elles ont été sagement ménagées pour agrandir le bassin des femmes, et rendre l'accouchement plus facile. Nous allons maintenant passer à l'examen des parties molles de la génération.

ARTICLE III.

Description des parties molles et externes de la génération.

Les parties externes de la génération chez les femmes sont celles qui paroissent aux yeux. Ces parties sont le mont de Vénus, les grandes lèvres, les nymphes, le clitoris et son prépuce, le canal de l'urètre, l'hymen chez les filles, l'orifice externe de la matrice et la fourchette. Nous allons considérer toutes ces parties, les unes après les autres, relativement à l'accouchement. Nous passerons sous silence toutes les choses qui n'y ont aucun rapport : telles sont la situation, la figure, la nature de ces parties. L'anatomie nous a détaillé

toutes ces choses : nous nous arrêterons spécialement à détailler et à observer les différens obstacles que quelques-unes de ces parties pourroient apporter à l'accouchement, et les accidens auxquels elles se trouvent exposées lors de l'accouchement. Commençons par les grandes lèvres.

Grandes lèvres.

Ce sont des parties molles et flasques chez les femmes âgées, et dures chez les jeunes : dans le temps de l'accouchement, elles sont rejetées en dehors ainsi que toutes les autres parties qui servent à la génération. Les femmes qui les ont molles, sans être pendantes, accouchent plus facilement que celles qui les ont dures : rien ne se casse, ne se déchire chez les premières, si ce n'est du côté de l'anus, au lieu que, dans les secondes, les lèvres sont un obstacle très-grand à la sortie de l'enfant, et dans les violens efforts elles se cassent, se brisent en travers ; la suppuration de ces parties est abondante, parce que le tissu cellulaire y est fort épais : les grandes lèvres sont munies d'une grande quantité de follicules qui filtrent une humeur ; cette humeur devient quelquefois si âcre, qu'elle cause de petits chancres. Ces parties peuvent s'agglutiner et donner lieu à l'imperforation.

Petites lèvres.

Quand on a un peu écarté les grandes lèvres, les nymphes paroissent. On leur a donné ce nom parce qu'elles président à la sortie de l'urine ; elles sont quelquefois si longues, qu'on est obligé de les couper : cette opération est très-commune chez les femmes d'Egypte et chez celles qui habitent les côtes du Malabar. Dans ces contrées, le prépuce des hommes excède aussi la longueur ordinaire ; ce qui les oblige à subir la même opération. Les petites lèvres nuisent à l'accouchement, quand elles sont fort resserrées ; mais ces obstacles sont rares et de peu de conséquence ; elles gênent le coït quand elles sont trop grandes.

Clitoris.

Cette partie s'apperçoit à la commisure supérieure des grandes lèvres ; c'est un petit corps assez semblable à la verge de l'homme. Le clitoris peut devenir trop long et trop gros, et gêner par conséquent le coït, mais encore l'accouchement. On a vu des femmes chez lesquelles il avoit acquis le volume du membre de l'homme : on appelle ces sortes de femmes *tribades ;* elles peuvent en abuser et s'en servir comme de la verge de l'homme ; mais leur embrassement n'est pas suivi d'éjaculation de cette partie. Ce sont les femmes qui ont vraisem-

blablement donné lieu à la fable des hermaphrodites. Le clitoris, ainsi alongé, gêne beaucoup le coït; car, se mettant en érection, il frappe le ventre de l'homme, et empêche l'entrée de la verge. On a proposé bien des moyens de remédier à cet inconvénient; mais ils portent avec eux bien des dangers.

On a d'abord tenté de l'amputer, mais l'hémorragie qui suit est mortelle. Le temps où on pourroit faire cette opération est l'enfance, où il est peu élevé; mais alors on ne sait s'il nuira: on a tenté de l'amputer par la ligature; mais la gangrène qui survient, oblige bientôt de l'ôter. Puisque cette opération a cet inconvénient, il faut se dispenser de faire souffrir la femme; et relativement à l'usage du mariage, l'imagination sait se retourner. Le clitoris, quoique dans l'état naturel, peut souffrir dans l'accouchement, l'arcade du pubis étant fort large; car la tête de l'enfant pressant les parties qui sont vers la symphyse du pubis, le comprimera, et la circulation y sera interceptée. Si l'enfant reste longtemps au passage, il y aura contusion et même gangrène de cette partie; mais le cas est rare.

Canal de l'urètre.

Entre les nymphes s'apperçoit une ouverture circulaire, qui est l'extrémité d'un canal long d'environ trois travers de doigt: c'est le canal excré-

teur de l'urine; il passe sous l'arcade du pubis, à la partie la plus élevée de cette échancrure. Cette position explique pourquoi il arrive chez la plupart des femmes, vers le trois ou quatrième mois, des rétentions d'urine, ainsi que dans le dernier temps de la grossesse, et pendant le travail de l'enfantement. Ces accidens dépendent de la pression que fait sur l'urètre la matrice; c'est encore cette pression qui, trop forte lors de l'accouchement, intercepte la circulation dans le col de la vessie, dans le canal de l'urètre, produit contusion, écorchure et gangrène dans ces parties; enfin c'est cette pression sur le corps de la vessie qui en cause la déchirure dans le temps de l'accouchement, accident mortel pour l'ordinaire.

La fourchette.

Vers la commissure des grandes lèvres est une duplicature qui revêt intérieurement le vagin, et qu'on nomme *fourchette*, nom tiré de l'analogie que les anatomistes ont trouvée entre l'usage de cette partie, qui est de soutenir la verge, et celui de certaines fourchettes dont on se servoit pour soutenir les carabines à tirer. Cette fourchette forme quelquefois un grand obstacle, sur-tout dans le premier accouchement; l'enfant se trouve arrêté comme par une calotte, qui lui recouvre la moitié de la tête. Si la femme est forte, qu'elle pousse

vigoureusement, et que l'accoucheur n'apporte pas les soins nécessaires, cette partie se déchire, et cette déchirure se continue quelquefois jusqu'au fondement, en sorte que l'anus et la vulve ne font plus qu'un même trou. Nous donnerons par la suite les moyens de prévenir cet accident. La fourchette est très-bien marquée chez les filles; mais chez les femmes elle est presque effacée.

Orifice externe de la matrice.

On donne ce nom à l'orifice du vagin, qu'on appelle en latin *cunnus*. Cette ouverture est très-rétrécie chez les vierges; elle l'est même chez les femmes qui ont eu plusieurs enfans, quoique le vagin soit large autour de cet orifice. On remarque chez les femmes les débris du pucelage: ce sont de petites languettes charnues, auxquelles on a donné le nom de *caroncules myrtiformes*, à cause de la ressemblance qu'on a cru leur trouver avec une feuille de myrte. Chez les vierges, on trouve constamment, en place de caroncules, une membrane, que l'on appelle *hymen*: c'est cette membrane qui se déchire dans les premiers embrassemens, et forme par la suite les caroncules myrtiformes; elle ne s'oppose pas à l'accouchement.

L'Hymen.

Il existe toujours chez les vierges; c'est un fait

certain et constant qu'on ne peut révoquer en doute. C'est donc avec beaucoup de légèreté et sans réflexion que M. de Buffon a décidé d'une manière tranchante une pareille question ; il auroit dû apporter dans cet examen plus d'attention : apparemment qu'il a trouvé peu de pucelles sur son chemin (et il a conclu qu'il en existoit peu, ou même point du tout.)

La membrane hymen a différentes figures dans les différentes filles ; communément c'est un croissant dont les pointes sont tournées du côté du méat urinaire, dont la convexité regarde par conséquent la fourchette : d'autres fois, le croissant est placé de côté ; en sorte que sa concavité regarde une des grandes lèvres, et sa convexité l'autre : rarement les pointes sont tournées du côté de la commissure inférieure de la vulve ; quelquefois cette membrane est circulaire, et bouche tout l'orifice du vagin ; mais alors elle est percée pour permettre l'écoulement des règles. On a cependant vu des filles chez qui l'hymen n'étoit pas percé : alors la fille est ce qu'on appelle *imperforée*. Lorsque le temps de l'évacuation périodique vient, ces sortes de filles sont exposées à grand nombre d'accidens, produits par la rétention des règles. Il est très-rare que cette membrane fasse obstacle à l'accouchement, parce que, pour l'ordinaire, elle se rompt au premier coït. On peut voir dans Ambroise Paré,

une observation singulière à ce sujet. Ce chirurgien fut appelé chez la femme d'un orfèvre de Paris, pour la secourir dans un accouchement contre nature; il trouva l'hymen existant et formant une coiffe sur la tête de l'enfant, qui faisoit par conséquent un obstacle invincible à sa sortie : un simple coup de bistouri termina l'accouchement. Cette observation prouve donc qu'une fille peut être défiorée, même concevoir, et garder l'hymen en son entier : d'où nous concluons que l'existence de cette membrane ne doit pas décider de la présence ou de l'absence du pucelage ; mais, nous le répétons, ce cas est de la dernière rareté, sur-tout chez les femmes dont l'époux est jeune et vigoureux. Il peut se faire aussi qu'un mari peu au fait des combats amoureux, loin de s'animer et de se roidir contre cet obstacle, cède au contraire à la résistance qu'il rencontre ; et que, satisfait d'une victoire imparfaite, il éjacule une semence prolifique, qui, pénétrant dans la matrice par le trou ménagé à l'hymen, aille avec celle de la femme former un enfant. Heureusement ces sortes de maris sont rares, ou du moins, s'il s'en trouve, leurs épouses, peu satisfaites de pareils ménagemens, ont soin de se pourvoir ailleurs, et de trouver le moyen d'accoucher heureusement.

L'hymen, une fois rompu, ne se régénère jamais : or nombre d'accidens peuvent le détruire ; des fleurs

blanches acrimonieuses, une suppuration dans ces parties, un coup porté par quelque inhumain, un frottement violent, sont autant de causes qui rompent et détruisent l'hymen. De sa non existence, il ne faudroit pas conclure qu'une fille n'est pas pucelle. L'ouverture de l'hymen est quelquefois large à y pouvoir passer une plume à écrire; enfin on l'a trouvé, comme nous l'avons dit plus haut, sans aucune ouverture. Hildanus rapporte qu'une fille imperforée, et soupçonnée d'être grosse, lui fut présentée : il en examina les parties, et trouva l'hymen exactement clos ; il ouvrit cette membrane, et il en sortit une quantité prodigieuse d'une matière purulente, d'une odeur insupportable. Ce n'étoit autre chose que l'humeur des règles, qui, coulant de la matrice, s'étoit accumulée peu à peu; le ventre s'étoit tuméfié de plus en plus, ce qui avoit fait soupçonner cette fille d'être grosse.

L'hymen dur et trop coriace empêche l'acte vénérien ; il est même des cas où l'intromission est tout-à-fait impossible : deux petits coups de bistouri en croix remédient à cet inconvénient. Il y a quatre ans que je fis cette opération à une femme de condition, dans le temps que je faisois un cours d'accouchemens. Il n'y a pas de mauvaises suites à craindre, si ce n'est l'hémorrhagie, qui peut être assez grande; mais, en général, cela n'est pas dangereux.

ARTICLE IV.

Description des parties molles internes de la génération.

Les parties molles internes de la génération sont le vagin, la matrice, les trompes de Fallope, le morceau du diable, et les ovaires.

Du vagin.

Le vagin est un canal membraneux, long de six à sept travers de doigt, fort étroit chez les vierges, beaucoup plus large chez les femmes, sur-tout chez les nouvelles accouchées : ce canal peut s'alonger et se raccourcir Les anatomistes y ont logé une grande quantité de glandes destinées à filtrer l'humeur qui le lubrifie : pour moi, je ne les ai jamais rencontrées. Le vagin peut former de grands obstacles, à raison des vices dont il peut être attaqué : 1°. il peut être agglutiné en partie ou en totalité; cette oblitération est naturelle ou accidentelle : accidentelle, quand elle vient à la suite de quelques maladies ; elle est au contraire naturelle, quand elle vient de naissance. Les filles qui ont ce vice de conformation ne peuvent être habiles à la génération ; on ne peut pas les guérir dans l'âge de puberté, mais dans la tendre enfance. Nous verrons ce qu'il convient de faire à cet égard, en parlant des enfans nouveaux nés et de leurs maladies. 2°. Il arrive

quelquefois qu'en vertu des accouchemens précédens, qui ont été malheureux, il s'est formé des plaques gangreneuses, qui, en tombant, ont donné lieu à des ulcères. Ces ulcères, mal traités, ont laissé dans le vagin des brides, des callosités qui rétrécissent le canal, et s'opposent à la dilatation lors de l'accouchement. Nous verrons ce qu'il convient de pratiquer en pareil cas, lorsque nous parlerons des accouchemens contre nature qui dépendent de la mère. 3°. Il peut se former dans le vagin des polypes, des tumeurs squirreuses, de mauvaises cicatrices à la suite de chancres véroliques : tous ces accidens forment obstacle à l'accouchement.

Au fond du vagin, se trouve l'orifice interne de la matrice, étroit chez les vierges, large chez les femmes qui ont eu plusieurs enfans ; chez les dernières, on peut quelquefois y introduire les doigts. Cet orifice est fait comme le museau d'une tanche, et bordé par une élévation. Il doit être la boussole des accoucheurs, et leur guide dans toutes leurs opérations ; il mène à un canal étroit, applati et épais, qui forme le col de la matrice. Dans cette ouverture, on voit des éminences ; ce sont les œufs de Rabost. Cet anatomiste prétend que c'est là où se forme l'homme. Dans le temps de l'accouchement, cet orifice est aminci, son bourlet entièrement effacé, et le col de la matrice entièrement disparu.

L'orifice interne de la matrice oppose un grand obstacle à l'accouchement, quand il est dur, squirreux, calleux, en vertu d'anciennes cicatrices. Dans ce cas, on est quelquefois obligé de l'inciser pour terminer l'accouchement; sans cela, il se déchireroit, et la femme se trouveroit dans un grand danger, à cause de l'inflammation et de la gangrène qui surviennent. Il peut aussi se former quelques tumeurs à la circonférence de cette ouverture, qui gênera l'accouchement. J'en ai fait voir une, il y a quelques années, qui étoit enflammée, et qui pouvoit avoir causé la mort de la femme.

De la matrice.

C'est un viscère à peu près de la figure d'une poire aplatie; on y distingue le fond, le corps et le col : son fond est en haut; c'est la partie la plus large; la pointe ou son col est en bas. L'étendue et la figure de ce viscère varient suivant les différens états où se trouvent les femmes. La matrice, dans les femmes qui ne sont pas grosses, n'a pas plus de deux ou trois travers de doigt; elle est encore plus petite dans les vierges. Dans les femmes grosses, ce viscère s'élève considérablement, et se développe dans toutes ses dimensions pour loger le fœtus et ses dépendances : elle est retenue dans sa situation par des ligamens qui résultent de la duplicature de la membrane qui la revêt.

revêt. On distingue les ligamens en larges, en ronds antérieurs et postérieurs ; ils viennent de la partie postérieure et inférieure de la matrice, se perdent vers les reins sur les vertèbres lombaires. On peut concevoir par leur moyen les douleurs de reins que les femmes ressentent dans les derniers temps de la grossesse, et pendant certains accouchemens ; douleurs qu'on ne pouvoit expliquer avant la connoissance de ces ligamens. Le raccourcissement ou l'alongement de ces ligamens détermine l'obliquité de la matrice d'un côté ou d'un autre : c'est non-seulement du relâchement de tous les ligamens de ce viscère dont j'entends parler, mais encore de celui du seul ligament rond postérieur.

Trompes de Fallope.

Aux deux côtés de la matrice, vers la partie supérieure, se trouvent deux petits tuyaux étroits dans leur principe, qui s'élargissent par leur extrémité et se terminent par une espèce de frange, qu'on nomme *morceau du diable*, ou *frangé*, ou *pavillon de la trompe*. Parmi ces franges, qui sont toutes charnues, on en remarque une spécialement plus forte, plus rouge et plus longue que les autres, qui se continue sur la trompe et va se terminer à l'ovaire. Cette bande charnue paroît être un muscle, qui, en se contractant, adapte et applique le mor-

ceau frangé sur l'ovaire pendant le coit, pour quelques desseins particuliers : du moins je pense que cette application ne se fait que pour recevoir la semence de la femme et la porter à la matrice : c'est là mon opinion sur le morceau frangé. Si la chose pouvoit se montrer, elle jeteroit un grand jour sur le système de la génération. J'ai trouvé que la frange étoit adaptée à l'ovaire, sur-tout dans le cadavre d'une femme d'un certain âge que deux de mes disciples disséquèrent ; je le trouvai si marqué, que j'enlevai la pièce, que je conserve encore : sa trompe étoit appliquée fortement sur l'ovaire. Si cela ne prouve pas mon opinion, du moins en donne-t-il quelque idée: peut-être aussi que cet état étoit naturel. La dernière fois que je l'ai vu, c'étoit dans le cadavre d'une femme de grand âge, qui, vraisemblablement, depuis longtemps n'avoit goûté les plaisirs de l'amour : d'ailleurs les parties me parurent légèrement enflammées.

Des ovaires.

Au côté, et environ à deux travers de doigt du fond de la matrice, se voient deux corps presque ronds, larges et aplatis, que les anciens appeloient *les testicules des femmes*, destinés à filtrer une humeur prolifique et propre à former, avec celle de l'homme, le fœtus. L'ovaire est dur, lisse et poli dans les jeunes femmes, ridé et comme cicatrisé

dans celles qui ont eu des enfans. On remarque à la surface de ce corps plusieurs petites vésicules remplies d'une humeur séreuse d'hydatides : c'est pour cela que les ovaires sont si sujets aux hydropisies et aux tumeurs enkystées. Quand on ouvre l'ovaire, on le trouve formé d'une sorte de chair parenchymateuse, dont la structure nous est peu connue, qui cependant semble approcher de celle du testicule de l'homme, et, selon M. *Péan*, de celle de la glande parotide ; tellement que cet habile accoucheur, ayant partagé par le milieu un ovaire et une parotide, montra les deux à un habile anatomiste, du côté de la division, sans montrer le corps. Cet anatomiste ne sut pas en faire la différence, et les confondit ; ce qui démontre que l'ovaire est d'une substance très-approchante de la glande parotide, et que la structure est la même aux yeux les plus instruits.

De l'ovaire à la matrice il y a un ligament fort dur, élastique, que les anciens prenoient pour le canal déférent, destiné à porter la semence dans la matrice. Ils se sont trompés à cet égard : ce ligament n'a aucune cavité ; il a pour usage de soutenir et de fixer l'ovaire. Ce corps est, en outre, logé entre les lames du ligament large. Il paroît même que le ligament dont nous venons de parler n'est formé que par un plus grand amas de fibres, qui composent le ligament large.

Il est utile d'observer que, loin de l'état de grossesse, les ovaires, ainsi que l'insertion des trompes de Fallope, des ligamens larges et ronds, tant antérieurs que postérieurs, sont parallèles les uns aux autres au fond de la matrice, ou du moins peu s'en faut : mais pendant la grossesse toutes les parties changent ; elles se trouvent placées près du col de ce viscère, relativement à l'élévation considérable du fond, et à la grande dilatation de son corps : pour lors la matrice est vacillante ; elle devient oblique à la moindre occasion, et, par cette obliquité, forme obstacle à l'accouchement. Nous verrons dans le temps comment il faut se comporter en pareil cas.

La matrice, ouverte chez une femme non grosse, nous présente une cavité triangulaire ; un des angles répond à son col, les deux autres se trouvent à l'endroit où s'abouchent les trompes de Fallope. Les côtés du triangle sont légèrement courbés, leur convexité est en dedans, leur concavité est en dehors : les deux angles supérieurs portent le nom de *cornes de la matrice.*

La matrice, disent les anatomistes, est composée de trois membranes ; une extérieure, qui est une production du péritoine ; une intérieure, qui est un prolongement de celle qui revêt le vagin ; et une moyenne, qui est fort épaisse. Cette dernière ne mérite nullement le nom de membrane ; il faut la

regarder comme la propre substance de la matrice : c'est un tissu, un assemblage, un entrelassement d'un nombre prodigieux de fibres et de vaisseaux. Ce tissu prête excessivement, et de la façon du monde la plus surprenante, pendant la grossesse, et se contracte vigoureusement lors de l'accouchement. Or on demande comment cette contraction s'opère. Je ne prévois pas que ce soit en vertu de l'élasticité des membranes de la matrice, comme l'ont cru les accoucheurs; il y a beaucoup plus d'apparence que la matrice se contracte à la manière des muscles. Mais ses fibres, dira-t-on, ne sont pas rouges. Nous nions que cette couleur soit propre et essentielle aux muscles; elle n'est qu'accidentelle : on peut s'en convaincre par la macération. Les fibres de la matrice sont fixes, réunies, et semblent avoir la même situation que celles du cœur et du diaphragme. Tout ceci concourt à faire croire qu'elles sont musculaires. Au reste, quand elles ne le seroient pas, elles en ont du moins l'action, et le viscère qu'elles forment agit à la manière des muscles. Ce fait est certain, cela nous suffit.

Il faut observer avec attention que la face interne de la matrice chez nos femmes, depuis le sixième mois jusqu'au neuvième de la grossesse, est élevée par un grand nombre de colonnes ou de cordes charnues, qui ressemblent fort bien à

la disposition des piliers charnus qui se voient à l'intérieur des ventricules du cœur. Cette disposition peut en imposer aux jeunes accoucheurs sans expérience.

J'ai vu un jeune chirurgien prendre ces parties, après l'accouchement, pour les dispositions du placenta; il déchira et arracha le tissu intérieur de ces parties, c'est-à-dire de la matrice, occasionna des douleurs terribles, causa une inflammation des plus aiguës, et la femme mourut en peu de temps: je reconnus cela à l'ouverture que j'en fis.

Ce viscère est sans action chez les enfans et les vieilles femmes. On a trouvé des enfans attachés à l'ovaire, d'où ils tombent, pour l'ordinaire, dans le ventre, où ils périssent en très-peu de temps, et causent la mort de la mère: à la vérité, ce cas est rare, heureusement.

ARTICLE V.

Examen des parties dures et molles de la génération. Objet d'un pareil examen.

Il seroit à souhaiter que les parens qui destinent leurs filles au mariage consultassent, avant de les y engager, un accoucheur expérimenté, pour voir si elles y sont propres. Cet examen, à la vérité, ne regarderoit que les filles qui ont été nouées durant leur enfance, ou qui, étant actuellement

contrefaites, sont soupçonnées d'avoir quelques vices de conformation dans le bassin. Si cette méthode avoit lieu, il ne périroit pas tant d'enfans; mais la peur que ces filles ont d'une réponse peu favorable leur fait affronter le danger de devenir mères, pour en goûter les plaisirs et les voluptés.

Lorsqu'on aura une fille à examiner, il faudra s'informer si elle a été nouée, si le nouage ne l'a prise que vers les trois ou quatre ans. Quand même les bras, les jambes et le corps seroient tortus et bossus, le bassin peut être dans l'état naturel : il ne faut cependant pas s'en tenir à cette seule information ; il faut s'assurer de l'état des parties, et visiter la fille, mais sur-tout le faire avec toute la décence et la modestie qui conviennent. La fille doit être debout et habillée ; l'accoucheur, un genou à terre, ou assis sur une chaise fort basse, passe ses mains sous les jupes, sans découvrir les cuisses ; il les porte vers les hanches, et commence par les os des îles : il considère donc si les épines antérieures et supérieures ne sont pas trop rapprochées; si l'une des épines ne s'élève pas plus que l'autre, et si la crête de ces os a une courbure égale et bien évasée ; il mesure, par estimation, la largeur du grand bassin d'arrière en devant, en passant une main sous la croupe et l'autre sur le pubis ; il prend de la même façon

la largeur latérale, en plaçant ses mains sur la courbure des os des îles : tout cela se juge par estimation, car les yeux ne doivent pas servir à cet examen. L'accoucheur vient ensuite à l'os pubis. Il doit examiner si le mont de Vénus est bien élevé, ou s'il se trouve déprimé, enfoncé ; il doit introduire l'index, huilé, dans le vagin, selon quelques auteurs, pour examiner la face interne des os pubis et du bassin : mais si l'on examinoit ainsi le bassin d'une fille vierge, cela seroit fort imprudent, car on déchireroit l'hymen, et on la priveroit de la précieuse marque de virginité ; il faut donc se contenter, dans l'examen du pubis, des signes extérieurs : l'accoucheur considère ensuite si la symphyse n'est pas alongée, et si la femme n'est pas barrée. Pour cet effet, on applique le doigt sur la crête du pubis, et le pouce au bas du clitoris, entre lui et le méat urinaire, au haut de la vulve, sans y entrer ; il compare l'espace compris entre les deux doigts, pour juger de la hauteur de cette symphyse ; il ne faut pas qu'elle ait plus de deux travers de doigt, ou deux et demi au plus. Il est bien certain que si l'accoucheur pouvoit se permettre de porter le doigt dans le vagin, il connoîtroit d'une manière précise la longueur de cette symphyse, l'écartement des branches du pubis, et l'état de la face interne de cet os ; mais il ne le doit pas.

Le pubis examiné, on porte la main sur l'os sacrum; on considère si le plis qui se remarque, au défaut des reins, au-dessus des fesses, n'est pas trop enfoncé. Dans ce cas, la saillie que forme le haut du sacrum avec les dernières vertèbres lombaires, est trop considérable, et diminue le diamètre du petit bassin. On examine si la croupe est bien élevée ou aplatie : dans ce dernier cas, le sacrum n'est pas cambré, et n'est point assez cave par la face interne; il faut s'assurer de sa conformation, car la chose est de conséquence. Pour lors, on remet l'examen au lendemain : on fait prendre le soir un lavement, qui entraîne toutes les matières stercorales; on introduit le doigt dans l'anus avec moins de dégoût et bien plus de facilité : il faut tout de suite faire l'examen en question, qui consiste à porter l'index graissé dans le rectum, en sorte qu'il monte jusqu'à l'os sacrum. Pour lors on examine si la face interne de cet os est aplatie, s'il fait saillie par sa partie supérieure, si la pointe n'est pas trop en devant, s'il est long et mobile, s'il se peut facilement rejeter en arrière. Toutes ces choses considérées, l'accoucheur essuie ses doigts avec une serviette, qu'il porte sous les cotillons. Tous ces petits détails, ces petits soins, ces petits airs de propreté font beaucoup auprès des pères et mères et autres, qui se trouvent à ces sortes d'examens. Tous ces gens examinent comme des Argus, pour voir s'il ne vous

échappera rien qui soit susceptible d'interprétation, et il n'en faudroit pas davantage pour se faire une mauvaise réputation, et perdre la confiance des femmes.

Cela fait, l'accoucheur considère les tubérosités des os ischion, si elles sont écartées l'une de l'autre, si elles ne sont pas trop rejetées en dedans; de plus il faut incliner la fille en devant : par ce moyen, les fesses sont tendues, les tubérosités font saillie; il est bien facile de mesurer leur juste distance; enfin il tâche d'observer l'écartement des branches des ischion, ce qui est très-difficile chez les filles qui ont de l'embonpoint : cela fait, l'accoucheur fait le rapport de ce qu'il a observé.

Quand on est appelé pour accoucher une femme pour la première fois, il faut, de toute nécessité, observer si les os du bassin sont bien conformés, quand même la femme seroit grande et bien faite en apparence : l'expérience nous apprend que ce sont précisement celles chez qui le bassin est plus communement vicié, tandis que les petites femmes sont très-bien conformées. Au reste, l'examen est beaucoup plus instructif chez les femmes que chez les filles, parce qu'on peut porter le doigt dans le vagin, sans courir risque de déchirer l'hymen : d'ailleurs, une femme qui a déja fait un enfant, a déja secoué une partie des préjugés qu'on se forme sur la pudeur.

Signes de stérilité, de virginité et de viol.

Une femme est-elle propre au mariage ? est-elle vierge ? a-t-elle été violée ? est-elle grosse ? voilà les questions qu'on fait dans certaines occasions à un médecin, et auxquelles il est obligé de répondre. Examinons chacune de ces choses en particulier.

1°. Une femme est-elle propre au mariage ? Cette question a deux membres. En effet, il faut savoir, 1°. si cette fille peut concevoir, ou si elle est stérile ; 2°. en supposant qu'elle ait la première qualité requise, si elle est conformée de façon à mettre son enfant au monde.

Une femme est-elle stérile parce qu'elle ne peut faire d'enfant avec son mari ? Cette question doit s'examiner dans certains cas : par exemple, on veut rompre quelque mariage de prince ou de souverain : Henri IV voulut faire rompre son mariage avec Cathérine de Médicis, sous prétexte de stérilité. Il est effectivement vrai que, quand la femme est impuissante, le mariage devient nul, puisque le but de ce sacrement est de faire des enfans : or l'impuissance des femmes est moins fréquente qu'on le pense. Il est telle femme qui n'ayant pu concevoir avec tel homme dont elle a été séparée, a cependant fait des enfans avec un autre : d'ailleurs l'impuissance des femmes est beau-

coup plus difficile à connoître que celle des hommes ; celui-ci érige, éjacule à découvert, et donne par là des preuves manifestes de ses desirs : au lieu que chez les femmes toutes ces choses se passent intérieurement, et sont couvertes d'un voile impénétrable. Or il est à présumer qu'une femme peut concevoir quand elle éprouve, à l'âge de puberté, des desirs, des démangeaisons aux parties naturelles ; 2°. si elle goûte du plaisir dans les embrassemens amoureux de son mari ; 3°. lorsque les parties génitales sont humectées et abreuvées d'une humeur particulière, destinée à les lubrifier et à faciliter la copulation sans douleur ; 4°. quand la fille est réglée ; 5°. quand, sur-tout, ses parties dures et molles sont bien conformées.

Il est quelques-unes de ces conditions qui ne sont pas d'une absolue nécessité : par exemple, on a vu des femmes concevoir sans qu'elles éprouvassent la moindre volupté, du moins un grand nombre l'ont-elles assuré ; il en est d'autres qui conçoivent sans avoir été réglées : ce cas est très-rare dans nos climats ; mais les femmes du Brésil, qui ignorent jusqu'au nom de cette évacuation, n'en conçoivent pas moins. Il y a plus, l'expérience nous a fait voir que des femmes qui n'étoient pas réglées le sont devenues pendant leurs grossesse : cependant quand l'humidité des parties naturelles et les règles manquent, les femmes ne conçoivent pas commu-

nement ; il suit donc de ce que nous venons de dire, que l'impuissance des femmes doit rouler sur le vice de conformation des parties génitales, tel, par exemple, que l'intromission de la verge soit impossible. Or ce vice dépend, 1°. de la trop grande consistance de l'hymen ; 2°. de son imperforation. Ou les grandes lèvres sont seulement agglutinées, ou tout le vagin l'est, et paroît comme effacé : dans le premier cas, on peut tenter avec succès l'opération nécessaire ; mais, dans le second, il n'y a pas de remède.

Nous donnerons, en traitant des vices de conformation de l'enfant nouveau né, les moyens d'y remédier ; car c'est dans ce temps qu'on peut tenter avec succès la cure de ce vice.

Il est encore un autre vice de conformation, qui rend la fille inhabile à la génération : c'est lorsque l'anus s'abouche dans le vagin, ou que le canal de l'urètre, le col de la vessie, s'étant rompus par quelque cause que ce soit, laissent échapper l'urine dans le vagin. J'ai vu ce cas : le premier étoit naturel. C'étoit une grande fille bien faite, pour qui on me consulta ; elle avoit le *pudendum*, ou la grande fente, plus grande qu'à l'ordinaire, et, à la partie postérieure ou inférieure, s'ouvroit l'extrémité du rectum : je décidai que cette fille ne pouvoit pas être mariée. Le second accident arrive souvent à la suite d'un premier accou-

chement. Pour lors, la femme devient incapable de concevoir : par la suite, un mari est en droit de faire casser le mariage ; le mieux cependant seroit de n'en rien faire.

Or, pour rassembler en peu de mots ce que nous venons de dire, la véritable impuissance chez la femme se réduit à l'imperforation ou agglutination parfaite des grandes lèvres ; 2°. à l'imperforation ou agglutination interne du vagin ; 3°. à la confusion du vagin et du rectum ; 4°. à celle du vagin et du canal de l'urètre : ces quatre vices de conformation sont incurables, à l'âge de puberté. Les conditions requises et nécessaires à une bonne conception sont, 1°. les desirs de la femme ; 2°. le plaisir qu'elle prend dans les embrassemens amoureux ; 3°. l'humidité des parties ; 4°. la présence des règles ; 5°. sur-tout la saine conformation des parties.

Maintenant que nous savons si une fille est inhabile ou non à la génération, on demande si elle accouchera heureusement ; car ce n'est pas assez de concevoir, il faut encore que la mère soit en état de porter son fruit neuf mois dans son sein, de le mettre au monde sans accident et à terme : or, si la fille est bien conformée, tant du côté des parties dures, que des parties molles, elle accouchera heureusement : nous savons quelle doit être cette conformation.

2°. Une fille est-elle vierge ou non ? On nous fait rarement cette question, si ce n'est pour savoir si une fille a été violée ? Voyons d'abord s'il existe réellement des signes de virginité, puis nous examinerons si en effet on peut attester qu'une fille a été prise de force. La virginité est un être réel en physique ; nous avons des marques qui nous certifient la virginité d'une fille, sa pudicité, mais sur lesquelles on ne doit pas compter. La plus sûre de toutes est l'existence de l'hymen. Cette membrane existe chez toutes les vierges : c'est un fait certain. Mais de ce qu'elle existe, peut-on conclure que la fille est vierge ? non. L'observation d'*Ambroise Paré*, que nous avons rapportée, prouve qu'une fille peut concevoir et garder l'hymen entier. En effet, qu'une fille ait naturellement les parties naturelles lâches et relâchées ; qu'un jeune homme au contraire soit mal partagé, il pourra embrasser cette fille et la laisser aussi entière que s'il ne l'eût pas touchée : d'où nous concluons que la présence de l'hymen n'est pas constamment un signe absolu de virginité. Mais de ce que cette membrane est rompue, peut-on conclure que cette fille n'est pas vierge ? non encore. Cette destruction a pu se faire par plusieurs causes : car des fleurs blanches acrimonieuses, une suppuration de ces parties, des voluptés contre nature, peuvent rompre l'hymen, et donner lieu aux caroncules

myrtiformes. De là il suit qu'un médecin ou un accoucheur ne peuvent décider si une fille a perdu son pucelage, ou non.

3°. Une fille dit avoir été violée. L'a-t-elle été en effet? il y a, encore une fois, beaucoup plus de difficulté à repondre à cette question qu'à la précédente; les juges consultent cependant les médecins sur cette affaire, plus rarement, à la vérité, qu'ils ne faisoient autrefois.

Rassembler les circonstances de cet examen, est chose étrangère à un médecin; il ne doit se mêler que du physique. On lui présente donc une fille dont les parties génitales sont gonflées et tuméfiées, l'hymen déchiré, et encore tout sanglant, les grandes lèvres d'un rouge foncé: tout cela prouveroit-il que cette fille ait été violée? non certainement: et sur quoi le prouveroit-il? On apperçoit, à la vérité, un grand délabrement aux parties génitales; mais qui a dit que ce délabrement étoit le fruit de la brutalité d'un homme? pourquoi ne dépendroit-il pas de toute autre cause? On a vu des femmes assez méchantes pour se fourrer des corps étrangers dans le vagin, se déchirer, se meurtrir, s'ensanglanter, puis crier au viol, et cela dans le dessein de faire périr des hommes qui peut-être n'étoient coupables d'aucun crime que de ne pas leur avoir voulu faire une douce violence. Ces exemples de méchanceté ne sont pas

rares

rares dans les fastes des femmes : d'ailleurs on est revenu de tous ces prétendus viols, et on est convaincu aujourd'hui que la violence est presque impossible, à moins que la fille n'eût en tête plusieurs hommes, ou qu'enfin la foiblesse de son âge ne lui ait pas permis de se défendre. Ainsi, un médecin, dans ces sortes d'occasions, doit être d'une circonspection extrême, et porter un jugement vague et indécis, qui ne charge personne. Il dira qu'après avoir examiné telle fille, il a trouvé telle et telle chose qui semble insinuer qu'il s'est fait quelques froissemens dans ces parties; mais que la nature de cette cause lui est parfaitement inconnue. Ces mots vagues ne disent rien, et ne sont pas capables de nuire à un homme, qui, pour l'ordinaire, est innocent; car, nous le répétons, on est très-revenu sur la possibilité des viols : aussi nos juges sont-ils plus circonspects sur cette matière.

La grosseur du cou, la flétrissure des mamelles, le changement de la voix, l'élargissement de la vulve, le relâchement des grandes lèvres, la rupture de l'hymen, ne sont pas des signes certains de la défloration, ni du viol d'une fille.

4°. Une fille ou une femme est-elle grosse? C'est encore une question que nous font très-communément les juges; il importe en effet de savoir si une femme condamnée à mort est grosse. Nous renverrons ceci à un autre lieu, et nous nous ré-

servons d'y repondre, quand nous aurons exposé ce que c'est que la grossesse, et combien il y en a d'espèces.

CHAPITRE II.

De la grossesse naturelle et contre nature, signes sensibles et rationnels de ces états.

Après avoir décrit les parties génitales, tant molles que dures, il paroît être dans l'ordre que nous exposions ce que nous savons sur l'acte même de la génération : nous allons donc faire en sorte de détailler cette matière, en exposant succinctement les différens systêmes qu'on a imaginés à cet égard, et nous adopterons celui qui nous paroîtra le plus vraisemblable ; nous passerons ensuite à l'examen de la grossesse naturelle, puis à celle dans laquelle la nature s'écarte des règles ordinaires, et semble se tromper dans son ouvrage : nous exposerons donc ce qu'on doit entendre par les mots de *faux germe*, de *germe avorté*, de *môle*, et sur ce qu'on doit penser de la formation des monstres ; enfin nous donnerons les moyens pour connoître la vraie grossesse, et ceux de la distinguer de la grossesse contre nature.

ARTICLE PREMIER.

De la génération.

La génération est cette fonction naturelle par laquelle l'homme produit son semblable ; le mécanisme de cette opération est enveloppé d'épaisses ténèbres. Dans presque toutes les espèces d'animaux on distingue deux sexes, le mâle et la femelle. Le mâle est celui des deux qui a la faculté de faire concevoir ou engendrer ; la femelle est celle qui conçoit en elle-même : l'un, séparé de l'autre, ne peut rien ; il faut l'accouplement, la copulation des deux sexes pour que la génération ait lieu. Tel est la règle générale ; l'homme la suit, presque tous les animaux y sont soumis. Il est, à la vérité, quelques exceptions à cette règle. On voit certains animaux, tels que les limaçons, qui jouissent des deux sexes, font concevoir et conçoivent eux-mêmes, *gaudeant benè nati* ; il en est d'autres qui semblent se reproduire d'eux-mêmes et sans aucune copulation, comme le polype. Les belles expériences de M. de Réaumur, notamment sur les insectes, ne laissent point de doute sur ces faits ; et ces différences nous prouvent que la génération ne s'opère pas par des lois uniformes chez tous les animaux.

Le mâle ainsi que la femelle répandent dans l'acte vénérien une semence prolifique : c'est du

mêlange de ces deux semences que sort l'homme. Telle a été l'opinion du prince de la médecine ; telle est aussi celle que j'adopte.

La femme, disons-nous, répand une semence prolifique pendant le coït : c'est un fait dont on ne sauroit douter, et qui est avoué de tout le monde ; mais tous ne conviennent pas qu'elle soit prolifique ; ils sont dans l'erreur à cet égard. En effet, comparons la semence de l'homme avec celle de la femme, nous les trouverons parfaitement semblables ; l'une et l'autre sont blanches et mucilagineuses, plus légères que l'eau : celle de la femme paroît un peu moins épaisse, parce qu'elle ne séjourne pas dans un réservoir particulier comme celle de l'homme. Si la femme rend trop souvent la semence, elle est attaquée des mêmes maladies qui se voient chez les hommes : comme eux, elle maigrit, devient pâle, et tombe dans l'affaissement et dans la consomption. Ainsi la semence de l'homme est prolifique, comme tous les physiologistes en conviennent ; celle de la femme le doit être aussi, après ces grands traits d'analogie.

Mais, demandera-t-on, d'où vient cette semence ? je pense qu'elle est dardée du fond de la matrice, dans la cavité de laquelle cette semence est apportée par les trompes de Fallope, qui, elles-mêmes, la charient des ovaires, qui la leur transmettent par le moyen du morceau frangé. L'excessive volupté

que ressent la femme quand elle éjacule vient du long trajet que cette semence parcourt ; elle est, suivant moi, filtrée dans l'ovaire, que je regarde comme le testicule de la femme : d'ailleurs, l'ovaire reçoit une artère spermatique comme le testicule, pourquoi cette partie ne filtreroit-elle pas une semence analogue à celle de l'homme ?

Il faut bien prendre garde de ne pas confondre cette substance prolifique avec une certaine humeur qui se filtre dans les glandes de *Cowper* et dans celle de *Morgagni*. Cette dernière tient lieu de prostate dans les femmes ; l'humeur qui en découle sert à lubrifier le vagin, et ne cause aucun plaisir à la femme. C'est donc du mêlange des semences de l'homme et de la femme que se forme le fœtus. Voilà du moins comme je le pense d'après Hippocrate. Ce mêlange se fait dans la matrice selon l'ordre institué par la nature : mais quelle est la nature de ce mêlange ? comment se fait-il ? quelle combinaison s'opère alors ? C'est à quoi on ne peut répondre ; c'est un mystère impénétrable jusqu'ici aux yeux des plus clair-voyans : peut-être un jour en saura-t-on davantage.

Le sentiment que nous venons d'adopter a été suivi pendant une longue suite d'années et de siècles même ; tous les physiologistes l'avoient reçu ; tous les naturalistes le regardoient comme vraisemblable : mais, dans ces derniers temps, quelques physiciens

se sont élevés contre, parce qu'ils n'ont pu concevoir comment il se formoit un fœtus du mêlange de deux liqueurs informes: de là ils ont conclu que le systême d'Hippocrate étoit faux. Selon eux, le Prince de la médecine ne pouvoit pas découvrir le systême ou le mécanisme de la génération, parce qu'il ignoroit la circulation du sang; conclusion sans aucun principe, par conséquent à rejeter. Hippocrate consultoit la nature sans s'embarrasser de systématiser; et il faisoit bien: ses successeurs eussent encore mieux fait de l'imiter; mais loin de le suivre en cela, ils ont abandonné le vrai, et ont bâti, à l'envi les uns des autres, des hypothèses, des systêmes en grand nombre, et d'une extravagance sans égale. Parmi ces opinions, il y en a deux principales, les vers et les œufs: la deuxième est établie chez tous les physiciens, et c'est elle qui a la vogue aujourd'hui. Selon ses auteurs, la femme fournit l'œuf, et l'homme fournit seulement à l'œuf les principes de la fécondité, dans lesquels se trouvent tous les rudimens de l'homme. Ces philosophes disent: « Tous les animaux sont ovipares, et toutes » les plantes aussi; pourquoi l'homme et tous les » animaux ne viendroient-ils pas des œufs? Les œufs, » ajoutent-ils, n'ont besoin que d'être vivifiés, » d'être mis en mouvement, en un mot d'être fé- » condés; et c'est ce que produit la semence de » l'homme, dont la partie la plus subtile pénètre

» la matrice et les trompes jusqu'aux ovaires, s'in-
» sinue dans l'œuf et le vivifie ; l'œuf, fécondé, se
» tuméfie, rompt la membrane qui l'enveloppe :
» alors le pavillon de la trompe appliquée à l'ovaire
» reçoit cet œuf ainsi fécondé, et le dépose dans la
» trompe qui le conduit dans la matrice. »

Ce n'est pas cela, disent Leuwenhoeck et Arthavola : c'est l'homme, au contraire, qui fournit l'homme en entier ; le fœtus est tout-à-fait formé dans la semence : on y voit très-distinctement de petits vers semblables à des tétanos très-vifs, qui se meuvent avec une grande agilité. Leuwenhoeck dit en avoir compté dix ou douze millions. De cette quantité étonnante il ne s'en introduit qu'une partie dans les trompes de Fallope, qui vont aux ovaires, où, étant arrivés, ils pénètrent dans l'œuf, non sans s'y livrer combat, et s'entretuer ; enfin, le plus fort de cette grande multitude de vers, le plus méchant, tue ses camarades, et se fourre dans l'œuf, où il se tient tranquille ; alors l'œuf se gonfle, distend la capsule qui le contient et l'attache à l'ovaire, la crève, tombe dans la trompe de Fallope, et descend dans la matrice, où le fœtus se développe.

Nous ne nous amuserons pas à réfuter un système aussi ridicule ; nous nous contenterons de demander à ces philosophes qu'ils nous expliquent, par exemple, pourquoi un cheval s'accouplant avec une

ânesse, il résulte un mulet de cette copulation, pourquoi les garçons ressemblent constamment aux mères, et les filles aux pères; pourquoi cette ressemblance est portée dans certains individus jusqu'aux inclinations, aux gestes, aux inflexions même de la voix : qu'ils nous expliquent encore pourquoi un blanc avec une négresse engendrent un mulâtre, c'est-à-dire, un enfant qui n'est ni blanc ni noir, qui participe de la stupidité de la mère et de la douceur de son père; enfin, qu'ils expliquent comment les inclinations, les mœurs, les caractères passent des pères aux enfans, et qu'ils donnent de bonnes raisons de l'égale tendresse que portent les pères et mères à leurs enfans. Ils trouvent impossible d'expliquer tous ces phénomènes, puisque les uns, c'est-à-dire, les ovaristes, supposent l'embryon tout formé chez les femmes, et les autres chez l'homme. Ces mêmes phénomènes nous fournissent, au contraire, autant de preuves du mêlange des deux semences. Hippocrate, qui sans doute l'avoit bien observé, est parti de là pour établir son opinion. Il résulte de tout ce que nous venons de dire que le fœtus doit sa naissance au mêlange des semences réunies du mâle et de la femelle. Voyons dans quel lieu se fait ce mêlange, et quels sont les progrès du fœtus pendant les neuf mois qu'il reste dans la matrice.

ARTICLE II.

De la grossesse naturelle.

La grossesse est un état dans lequel la matrice contient un enfant. Ce viscère est proprement le lieu où se forme et croît le fœtus ; s'il se forme dans quelqu'autre endroit, la grossesse est contre nature.

Dans les premiers jours de la conception, l'enfant n'est qu'ébauché, et, malgré l'examen le plus exact, on ne distingue que quelques fibres placées sans ordre, éparses çà et là, et on découvre une fibre plus longue que les autres, qui paroît s'en éloigner : ceci se voit au quatrième ou cinquième jour de la conception. Quelques jours après, l'embryon prend une nouvelle forme moins embrouillée. On commence à distinguer la tête et le tronc avec facilité ; il ressemble pour lors à la lettre T ou à un vers, dont la tête fait les trois quarts du volume. On découvre à cette partie deux petits points noirs, qui désignent les yeux, et une ligne transversale, qui dénote l'endroit où se forme la bouche ; le cou est encore presque tout confondu avec le tronc ; la poitrine est écrasée, et le ventre bouffi. Dans le milieu de ce dernier, on voit une petite éminence, qui marque le commencement du cordon ombilical ; les extrémités supérieures et in-

férieures ne sont alors que des espèces de boutures sans forme, le tout enveloppé d'une membrane. C'est vraisemblablement cette disposition qui aura donné lieu au systême des œufs, à cause de la ressemblance sous laquelle on voit les choses vers le dixième jour.

Quatre ou cinq jours après, on remarque dans la poitrine un point saillant, *punctum saliens;* d'autres ont dit que c'étoit le cerveau : mais on ne peut supposer que le cerveau exerce ses fonctions sans le secours du cœur; il faut que celui-ci envoie du sang à l'autre, pour le mettre en jeu. Mais, objectera-t-on, le cœur lui-même a besoin d'esprit pour se contracter : donc c'est le cerveau qui est le premier de tous. Nous répondrons à cette objection, en disant que le cœur a tiré l'esprit qui lui étoit nécessaire du mêlange des deux semences; ce mêlange a fourni le principe du mouvement en question : donc c'est le cœur qui se meut le premier, et qui cesse le dernier, lorsque l'animal expire; donc le *punctum saliens*, que les recherches de Malpighi ont mis en évidence, est le cœur et non le cerveau.

Dans ce temps, il n'y a pas encore d'os; le tout n'est qu'un mucilage, qu'on crève facilement avec les doigts : on voit alors les boutures s'élancer du tronc; on distingue même les mains et les pieds, mais point de bras ni de jambes : les parties pa-

roissent sortir immédiatement du corps. Il paroît que l'embryon s'y forme d'abord, puis les membranes, ensuite le placenta, qui, dans les premiers jours, étant à peine perceptible, acquiert en peu de temps beaucoup plus de volume ; il devient dix fois plus gros que l'embryon, et forme une espèce de poche lisse à l'extérieur. Le contraire arrive sur la fin de la grossesse ; pour lors le placenta est deux et même trois fois plus petit que l'enfant.

Au bout de trois mois, l'enfant a une figure humaine bien distincte ; on peut même connoître le sexe. La position qu'il garde dans les premiers temps n'a rien de fixe ; elle varie à l'infini : il paroît comme suspendu par le cordon ombilical, sa tête étant tantôt à droite, tantôt à gauche. Vers la fin de la grossesse, cette situation est déterminée. La voici : l'enfant est comme accroupi, l'épine appuyée contre la face postérieure de la matrice, sur le sacrum de la mère ; sa tête légèrement inclinée en devant, de façon que le vertex répond au nombril de la mère ; ses petits bras ployés, et ses poings appuyés quelquefois contre les yeux, d'autrefois contre son visage et sa poitrine ; ses cuisses sont fléchies sur le ventre, de sorte que les genoux ployés montent jusqu'au menton, et ses talons sur les fesses. Cette position nous servira à expliquer, dans le temps,

comment se fait ce qu'on appelle *la culbute.* Il suit de cette position que la tête est la partie la plus saillante et la plus élevée de l'enfant ; et si la femme reçoit quelques coups dans le ventre, le fœtus en reçoit tout l'effet ; il meurt souvent, et la femme avorte.

L'enfant, pendant les neuf mois qu'il reste dans la matrice, nage au milieu des eaux, où il vit à la manière des poissons. Il ne respire pas très-certainement pendant ce temps : des physiologistes ont cependant soutenu le contraire ; ils pensoient que l'air pénétroit les membranes, se mêloit aux eaux, et parvenoit jusqu'à l'enfant, qui le respiroit ; mais ils se sont trompés. Si l'enfant ne respire pas, la circulation doit se faire d'une autre manière : c'est ce qui arrive effectivement.

Le sang est porté du placenta au foie par la veine ombilicale : or une partie de ce liquide est détournée par le canal veineux, qui le décharge tout de suite dans la veine cave ; cette dernière, ayant ramassé le sang qui lui vient du foie et du canal veineux, le porte dans l'oreillette et le ventricule droit du cœur : or la plus grande partie de ce fluide, au lieu de passer dans l'artère pulmonaire, se jette tout de suite dans l'oreillette et le ventricule gauche du cœur, au moyen du trou oval. Ce trou communique de l'une à l'autre oreillette immédiatement ; il est percé dans la paroi

commune, qui lui sert de cloison mitoyenne, et il est muni d'une valvule disposée à permettre l'entrée du sang dans l'oreillette gauche, et à s'opposer à son retour, en s'adaptant au trou. Mais ce n'est pas tout : une partie du sang qui entre dans l'artère pulmonaire passe encore tout de suite dans l'artère inférieure, au moyen d'un conduit artériel : voilà donc deux chemins dérivatifs que la nature s'est ménagés pour empêcher le sang de se porter en trop grande quantité aux poumons. En effet, ce viscère ne reçoit précisément que ce qu'il lui en faut pour sa nourriture : aussi est-il très-petit et fort pesant. Le sang retourne au placenta, au moyen des artères ombilicales, pour y être de nouveau broyé, atténué, travaillé, et pour revenir ensuite au fœtus par la veine ombilicale. C'est dans le placenta que le sang acquiert toutes les qualités dont il a besoin : ce gâteau fait la fonction de poumon, ainsi que nous le prouverons bientôt. Telle est la manière dont se fait la circulation dans le fœtus ; une fois venu au monde, il respire et vit à notre façon.

Comment l'enfant se nourrit-il dans la matrice? Quelques physiologistes ont dit que c'étoit par le cordon ombilical, puisque c'est lui qui apporte le sang, d'autres par la bouche, d'autres par la peau : je pense qu'il se nourrit par ces trois endroits. En effet, il est certain que l'enfant reçoit la nourri-

ture par le cordon ombilical, puisque c'est lui qui apporte le sang. L'enfant se nourrit encore par la bouche ; on ne peut pas nier ce fait, si on fait attention, 1°. que nous avons des exemples d'enfans venus au monde sans placenta et sans cordon ombilical. 2°. M. Littre, dans un mémoire présenté à l'académie des sciences, rapporte qu'il a vu un enfant bien portant, au bout de neuf mois, dont le cordon ombilical étoit cassé en deux, et dont les extrémités étoient parfaitement cicatrisées, et cet enfant étoit venu au monde bien portant et à terme : on peut donc conclure que la nourriture nécessaire pour cet enfant n'a pas été apportée par le cordon ombilical, mais par quelque autre voie ; cette voie ne peut être que la bouche. L'eau dans laquelle l'enfant nage est une lymphe nourricière qui passe dans l'estomac, se digère comme les alimens chez les adultes, et, passant dans les intestins, produit le méconium, qui est une matière vraiment excrémentielle, et qui n'existeroit pas, si l'enfant ne se nourrissoit pas par la bouche. Mais, dit M. Meri, la déglutition est impossible sans le secours de l'air ; un homme n'avale pas d'eau en se noyant : donc le fœtus, privé de de respiration, ne peut avaler ; donc il ne se nourrit pas par la bouche. Ce raisonnement est absurde ; il ne peut s'appliquer qu'aux hommes qui ont déja respiré, et non pas aux enfans qui

n'ont pas encore vu le jour. La déglutition peut-elle se faire dans le fœtus sans le secours de la respiration ? Les expériences faites par M. Heister prouvent notre sentiment ; il fit geler des vaches qui étoient pleines,et, les ayant disséquées, il trouva la liqueur de l'amnios glacée. Enfin comment l'enfant, dans les premiers temps de sa naissance, digéreroit-il le lait, s'il n'étoit pas accoutumé à digérer depuis un certain temps ? D'où je crois qu'on peut conclure que l'enfant se nourrit pour l'ordinaire, du moins en partie, par la bouche. 3°. Enfin il reçoit aussi sa nourriture par les ouvertures de la peau ; car la liqueur de l'amnios est absordée par les pores. C'est un fait que personne ne conteste, que notre peau aspire continuellement les corps qui nous environnent. L'odeur de violette qu'exhale l'urine des personnes qui habitent un appartement verni avec la térébenthine, est une preuve certaine de ce que nous avançons.

Les animaux sont à peu près logés, comme l'homme, dans la matrice de leur mère : il y a plusieurs loges dans leur matrice, et dans chaque loge se trouve un fœtus ; ils viennent, ainsi que l'homme, la tête la première ; et chez eux la sortie se fait avec plus de facilité, parce que leur tête est alongée, et que leur museau forme une sorte de coin, qui prépare le chemin. Il est cependant de ces femelles qui ont des accouche-

mens vraiment laborieux et contre nature, et qui meurent dans le travail; mais ces cas sont rares. Les femelles coupent le cordon avec leurs dents, le mâchent, et par ce moyen évitent l'hémorragie.

ARTICLE III.

Signes de la grossesse.

Il est une infinité de cas où il est besoin de s'assurer de la grossesse d'une femme: par exemple, une femme est soupçonnée grosse de trois mois; elle a tous les symptômes qui suivent la suppression des règles: il faut savoir si c'est une véritable suppression, ou si la femme est réellement grosse; car, dans le premier cas, on rappellera l'évacuation sanguine; dans le second, on se tiendra tranquille. Une autre femme est attaquée d'une maladie aigüe qui exige les saignées répétées, et qui demande l'usage de l'émétique; cette femme se croit grosse; il faut s'assurer de son état, car on la feroit immanquablement avorter, si on risquoit les remèdes usités en pareil cas. Enfin on veut savoir si une nourrice qui a toujours vécu avec son mari est grosse, pour lui retirer son nourisson; il faut la visiter. Un juge nous charge de savoir si une femme condamnée à mort est enceinte dans tous les cas, il faut distinguer s'il y a grossesse. On connoît cet état par certains signes qu'on distingue

en

en rationnels et en sensibles. Les rationnels sont ceux que dicte la raison ; ils sont en grand nombre, mais tous si incertains, qu'on ne peut, à leur faveur, établir un diagnostic sur la grossesse. Les signes sensibles se tirent du toucher : ceux-ci sont certains, pour la plupart. Examinons les premiers.

Signes rationnels de la grossesse.

1°. Le premier et le plus frappant de tous est la suppression des règles. Cette évacuation se supprime parce que les vaisseaux qui en fournissoient la matière se trouvent comprimés pendant la grossesse par l'adhérence du placenta à la matrice, et ne peuvent plus verser le sang des règles; mais ce signe, quoique des plus communs, est des plus équivoques, 1°. parce que les menstrues peuvent être supprimées par une infinité d'autres causes, tels que le chagrin, la cachexie, les dévoiemens, le ptyalisme ou crachotement, et toutes les autres évacuations immodérées ; 2°. il se trouve des femmes qui sont réglées pendant les trois ou quatre premiers mois de leur grossesse ; d'autres le sont pendant tout le temps : on en a même vu qui ne l'étant pas d'ordinaire, le deviennent lorsqu'elles sont enceintes. *Dewenter* nous rapporte un exemple de ce fait ; donc ce premier signe est équivoque. Si une femme ayant ses règles cesse

de les avoir sans qu'il y ait d'ailleurs des signes de pléthore, qu'elle soit sans bouffissure, qu'elle se porte bien, qu'elle mange sans appétit, qu'elle dorme comme il faut, il y a lieu de présumer que la femme est grosse.

2°. La plupart des femmes, dans l'instant même de la conception, ressentent une espèce de frémissement universel, mêlé de plaisir, de douleur et de volupté; contraste que l'esprit des femmes qui l'éprouvent peut percevoir, mais qu'il ne peut définir; il est même des femmes qui, sans se tromper, disent qu'elles viennent de concevoir. Ce signe, très-équivoque, n'est pas encore général; il est particulier à un petit nombre de femmes.

3°. La douleur, la tuméfaction, la dureté des mamelles, sont encore un signe rationnel de la grossesse, mais sur lequel on ne peut compter: car 1°. il faudroit auparavant avoir vu l'état des parties, pour pouvoir les comparer à l'état actuel; 2°. la suppression des règles, pour cause de maladie, est accompagnée des mêmes effets; 3°. enfin il est des femmes grosses chez lesquelles les mamelles ne se gonflent et ne durcissent que passé le troisième mois.

4°. La grosseur du ventre et l'élévation du nombril sont aussi des signes de grossesse; mais ils sont fort incertains, parce qu'ils se manifestent aussi

dans l'obstruction de la matrice : d'ailleurs, la tuméfaction du ventre ne se fait appercevoir d'une manière sensible qu'après les trois premiers mois de la grossesse ; car c'est dans ce temps que la matrice commence à s'élever hors du petit bassin : cependant, si la tumeur paroît dans la région même de la matrice, et qu'elle soit circonscrite, elle dépend vraisemblablement de la grossesse.

5°. Les dégoûts, les nausées, les vomissemens, les envies ridicules de manger du charbon, de la terre, et autres drogues de cette espèce, sont encore regardés comme des signes de grossesse ; mais tous ces signes, tous ces symptômes accompagnent aussi d'ordinaire la suppression des règles et la suppression morbifique ; ils ne désignent donc pas toujours la grossesse.

6°. La grosseur du cou augmentée, la raucité de la voix, la mauvaise humeur de la femme, sont assignées comme des signes de grossesse, et ne sont que des contes faits à plaisir.

Si tous ces signes, séparés les uns des autres, ne disent rien, donneront-ils plus de certitude en les rassemblant. Ainsi, par exemple, lorsqu'une femme dont les règles sont supprimées a le ton de la voix fort, les mamelles élevées et douloureuses, les mamelons brunâtres, le ventre tuméfié, avec circonscription, qu'en même temps elle a des

dégoûts, des envies de vomir, des fantaisies singulières, etc., peut-on assurer que cette femme est grosse ? non ; on ne peut tout au plus que le présumer ; la certitude dépend des signes sensibles. Examinons-les donc maintenant.

Signes sensibles de grossesse.

Ils se tirent du toucher, et on touche la femme en trois occasions, 1°. sur le soupçon de grossesse ; 2°. dans le cas de maladie ; 3°. lorsque l'accouchement est prochain.

Avant de toucher la femme, il faut examiner si elle est saine, ou si elle est malade ; car, dans l'une et l'autre circonstance, la position dans laquelle il faut la mettre varie. Lorsqu'elle se porte bien, on la fait coucher sur un lit, en travers, les cuisses ployées sur le ventre, et écartées, les talons ramenés près des fesses, la tête élevée, afin que les sterno-mastoïdiens et les muscles abdominaux soient dans le relâchement ; on a soin de ne pas découvrir aux assistans les cuisses, encore moins les parties génitales ; on entoure la main gauche d'une serviette, qu'on passe sous les jupes pour s'essuyer les doigts en les retirant de la vulve : à cette fin, les ongles de l'index et du médius seront bien coupés et arrondis. Ces précautions prises, on porte l'index de la main droite, bien huilé, dans le

vagin, pour parvenir à l'orifice. Si on ne peut y atteindre avec un seul doigt, on y joint le médius, après l'avoir de même huilé. Dans toutes les autres circonstances, il faut toucher avec l'index seulement, tant pour épargner des douleurs aux personnes que l'on touche, que pour ne pas scandaliser celles qui se piquent d'être étroites, et qui, quoiqu'elles aient le vagin fort large, trouvent extraordinaire qu'on leur manque au point d'y porter deux doigts. Pour trouver l'orifice de la matrice, il faut savoir où il est; et, dans les premiers mois de la grossesse, la matrice étant encore dans le petit bassin, son fond est appuyé sur l'os sacrum, et son orifice tourné du côté de la symphyse du pubis. Ainsi, dans ce temps, lorsqu'il s'agira de toucher une femme, il faudra porter le doigt, en tournant, pour remonter vers la partie antérieure du vagin, comme si on vouloit regagner le nombril. Passé le quatrième mois, la chose change, la matrice s'élève au-dessus du petit bassin, et se trouve dans le grand; et son fond, qui n'est plus soutenu, se porte en devant, tandis que son orifice, par un mouvement contraire, se porte vers le sacrum: il faut, dans ce cas, aller chercher cet orifice vers la partie postérieure du vagin, en portant l'index du côté du sacrum; la convexité du doigt regardant le pubis, pour pouvoir toucher l'orifice plus aisément.

Dewenter est le premier qui nous a appris la façon de faire cet attouchement, parce qu'il examina attentivement les diverses situations de la matrice dans les différens temps de la grossesse.

Or nous voilà arrivés à l'orifice : que cherche-t-on ? Les anciens, d'après Hippocrate, disoient d'examiner attentivement si cet orifice est fermé, s'il est aminci, et s'il a changé de figure ; car il varie, ajoutent-ils, autant que les traits du visage. Tout cela est faux. L'orifice de la matrice, dans les premiers mois de la grossesse, est aussi saillant, aussi épais, aussi ouvert et aussi ferme que dans tout autre temps ; on n'apperçoit pas la moindre différence : ce n'est donc pas ce que les anciens recommandèrent qu'il faut examiner, mais bien ce que nous allons dire.

Tandis que l'index est appuyé sur l'orifice, on porte la main gauche sur le ventre, au dessus du pubis ; avec cette main, on presse et on palpe légèrement pour voir si l'on trouve un corps arrondi : quand on l'a trouvé, on comprime plus fortement, et on examine avec attention si la compression se porte et se fait sentir au doigt qui est adapté à l'orifice : dans ce cas, c'est certainement la matrice qu'on a saisie ; pour lors, on secoue légèrement et alternativement cette tumeur, tantôt avec l'index, en la soutenant, tantôt avec la main gauche, en la baissant. La tumeur, qui doit être

circonscrite, suit les différens mouvemens qu'on lui imprime. Si elle frappe alternativement la main placée sur le pubis et le doigt adapté à l'orifice, la femme est certainement grosse ; car c'est l'enfant qui, agacé par les secousses répétées de l'index, donne des contre-coups. On sera encore plus assuré de la chose, si cet effet est accompagné de quelques signes rationnels, que nous avons décrits plus haut, comme suppression de règles, dégoûts, vomissemens.

De là, il est évident qu'il seroit inutile de toucher une femme dans le premier et second mois de grossesse, 1°. parce qu'alors la matrice n'est pas assez élevée au dessus du pubis ; 2°. parce que l'enfant n'a pas assez de force pour donner des preuves de sa présence par les mouvemens. On ne peut donc s'assurer de la grossesse d'une femme que vers le troisième ou quatrième mois : passé ce temps, il est assez inutile de toucher une femme, parce qu'alors elle doit sentir les mouvemens de son enfant, s'il se porte bien.

Quand on a affaire à une fille rusée ou à une nourrice intéressée, qui veulent cacher leur grossesse, et qui, pour cet effet, veulent resserrer le ventre en retenant leur haleine, il faut, sans affectation, les faire jaser, leur faire quelques questions, pour les obliger à répondre, et pendant ce temps on fait l'examen. Par ce petit stratagême, les muscles

abdominaux, qui étoient en contraction, se relâchent, et on sent la tumeur de la matrice, qu'on ne pouvoit appercevoir auparavant.

La méthode que nous venons de proposer est sûre pour connoître la grossesse dans le troisième mois; car, dans ce temps, il n'y a que l'enfant qui fasse tumeur dans la matrice : le faux germe et le germe avorté sortent au bout de six semaines. Quant à la môle, elle a ses signes particuliers; d'ailleurs, c'est un être si rare, qu'on ne le rencontre presque jamais. Cette masse n'a aucun mouvement. Le squirre ne peut se confondre avec la grossesse; la tumeur qu'il forme n'est, ni arrondie, ni régulière : au surplus, il est accompagné de pertes irrégulières, de suppressions, et de tous les autres symptômes qui accompagnent cette maladie. Enfin on distingue aisément l'hydropisie de la matrice; car, dans ce cas, la tumeur n'est point dure, et on ne sent pas les mouvemens de l'enfant.

Lorsque la femme que l'on doit examiner est malade, qu'elle est asthmatique ou hydropique, par exemple, il faut se garder de la mettre dans la situation ordinaire, elle suffoqueroit; on la fait tenir debout, les cuisses écartées, les genoux fléchis, le tronc incliné en devant, les bras appuyés sur le dos d'une chaise, ainsi que la tête sur le dos d'un fauteuil. Dans cette disposition, on cherche l'orifice de la matrice, comme de coutume; on

place la main gauche sur le pubis, et on continue comme nous l'avons dit.

Si un médecin est appelé, le premier ou le deuxième mois de la grossesse, pour une femme attaquée de quelques maladies aiguës, il faut ne rien hasarder, et, avec beaucoup de circonspection, rassembler tous les signes rationnels qui seuls existent alors, et ne point placer de remèdes qui puissent produire l'avortement. Dans ces cas épineux, il ne doit pas s'en rapporter à ce que lui dit une sage-femme; mais examiner la femme par lui-même, pour être sur de son fait.

ARTICLE IV.

De la grossesse contre nature.

La grossesse contre nature est celle dans laquelle les lois ordinaires semblent varier, et la nature oublier son ouvrage, et s'écarter des règles qu'elle suit ordinairement. Or il se peut que l'enfant, formé, ait été conçu hors de la matrice, ou bien qu'une conception, bonne dans son origine et dans le lieu ordinaire, se déprave, se détruise par la suite, et dégénère en une masse non organisée.

On a un grand nombre d'exemples que la matrice n'est pas le seul lieu où une bonne conception puisse se faire. On a plusieurs observations d'enfans

trouvés dans les trompes de Fallope, dans les ovaires et dans la cavité même du ventre. On en a même vu (chose incroyable) dans l'estomac, être chassés par les vomissemens, dans la vessie urinaire. Ces faits sont rapportés par plusieurs auteurs. (Voyez l'ouvrage de *Riolan*, les Mémoires de l'Académie des sciences 1702, et les Observations de *Ruysch*). Si on veut y ajouter foi, ces faits nous portent à croire que la matrice n'est pas toujours le siége où s'accomplit le mystère de la génération. On sent bien que ces sortes d'enfans ne peuvent sortir par les voies naturelles : il faut pour lors pratiquer l'opération césarienne, pour tirer ceux qui sont tombés dans la capacité du bas-ventre. Nous donnerons la manière d'établir un diagnostic de cette grossesse contre nature, en parlant de cette opération.

Pour l'ordinaire, dans ce cas, l'enfant périt en peu de temps, et cause la mort à la mère. Mais nous avons cependant l'exemple d'un fœtus qui est resté trente ans dans la cavité du bas-ventre, hors de la matrice, sans se corrompre ni faire périr la mère : mais il est bon de remarquer que les membranes qui l'enveloppoient étoient restées entières. On a assez d'observations d'enfans trouvés dans les trompes de Fallope. L'opération césarienne est encore l'unique moyen d'avoir ces enfans : il en est de même de ceux qui sont attachés à l'ovaire.

Les grossesses dans lesquelles la conception se fait hors le siége ordinaire de la génération fournissent la première espèce de grossesse contre nature. Il en est une seconde ; celle-ci étoit bonne dans son principe ; elle s'est même opérée dans les lieux ordinaires ; mais différens agens l'ont détruite, l'ont pervertie et fait dégénérer. Nous allons faire sentir, d'une manière plus claire et plus détaillée, ce que nous entendons par les différentes classes de grossesse contre nature.

Du faux germe, du germe avorté et de la môle.

Les auteurs ont beaucoup écrit pour déterminer la cause de la formation de ces corps, et pas un n'a saisi le vrai : tous ont cru qu'ils étoient le produit d'une conception manquée, d'une génération monstrueuse, d'une fausse copulation, et tous ont donné dans l'erreur. Ces corps doivent leur origine à une bonne et parfaite conception, à une génération qui s'est faite selon les lois ordinaires, mais qui, par la suite, a dégénéré.

Par faux germe, on doit entendre un corps pulpeux, dur jusqu'à un certain point, parsemé de vaisseaux sanguins, et enveloppé de membranes qui ne renferment aucun rudiment de l'embryon, et qui est ordinairement six semaines dans la matrice, après lequel temps il en est chassé. Par germe avorté, on doit entendre la même chose ;

seulement on apperçoit de plus, dans l'intérieur des membranes, les rudimens de l'embryon, qui n'a pas été entièrement détruit.

Enfin on entend par môle un corps mou, fangeux, pulpeux, qui quelquefois paroît être charnu, qui croît et végète dans la matrice, aux parois de laquelle il est attaché, qui acquiert la grosseur du poing, souvent celle de la tête d'un enfant, quelquefois celle de son corps, et qui sort de la matrice au bout de six, huit, dix, douze mois, et quelquefois davantage. Or comment ces corps se sont-ils formés? c'est ce que nous allons examiner.

Il peut arriver, dans les premiers temps de la conception, que, par une multitude de causes, l'embryon à peine ébauché perde la vie : or mille accidens peuvent l'en priver; tels sont les forts ébranlemens de la matrice, une peur subite, les pertes de sang, etc. : pour lors l'embryon, qui n'est encore qu'un mucilage, une mucosité, se fond, se dissout dans les eaux, se détruit en un mot, et disparoît entièrement.

Cependant le placenta, toujours attaché à la matrice, en reçoit les sucs; il continue donc à croître et à végéter; mais la matrice, au bout de quelque temps, gênée par ce corps étranger, fait des efforts pour s'en débarrasser; elle se contracte, et parvient enfin à chasser le placenta, après l'avoir décollé, et, avec lui, elle expulse les membranes

et les eaux qu'elle renferme : or c'est ce corps qu'on a nommé *faux germe*, parce qu'on s'est imaginé qu'il étoit le produit d'une conception manquée, d'une génération viciée dans son origine. On n'a pas fait attention à la fonte et à la dissolution de l'embryon dans les eaux.

Si maintenant les mêmes causes qui, dans le cas précédent, ont fait périr l'embryon de si bonne heure, n'ont lieu qu'au bout d'un certain temps, d'un mois, par exemple, elles privent encore de la vie cet embryon ; mais ce fœtus se trouve assez formé pour résister à la fonte : le placenta continuera de même à croître ; et au bout d'un certain temps, de six mois environ, la matrice, gênée par ce fardeau devenu inutile, le chassera ; mais on trouvera dans l'intérieur des membranes quelques vestiges de l'embryon, ou de petits os seront au moins restés : ces chairs, encore mucilagineuses, ont été fondues et dissoutes. Ce corps formera alors ce qu'on appelle *germe avorté*. On lui a donné ce nom, parce que la destruction du fœtus n'étant pas totale, on apperçoit qu'il a existé, mais qu'une cause quelconque l'a privé de la vie. Si ce faux germe, au lieu de rester six semaines dans la matrice, y reste 5, 8, 10, 12 mois et plus, il continuera de s'accroître, jusqu'à ce que, fatiguant la matrice, elle s'en débarrassera : c'est à ce corps qu'on a donné le nom de *môle*.

Il est aisé de conclure de ce que nous venons d'exposer, que le faux germe, le germe avorté et la môle, n'ont été, dans le principe, qu'une seule et même chose, quelles que soient les idées bizarres enfantées sur ces objets. Quelques auteurs ont été jusqu'à nier l'existence de la môle ; d'autres ont dit qu'elle existoit dans la matrice antérieurement à la conception. Il faut avouer que ces messieurs connoissoient bien peu l'art des accouchemens, et qu'ils avoient pris souvent pour des môles des squirres et des polypes de la matrice. S'ils avoient examiné la nature avec un peu plus d'attention, ils auroient vu que le fungus tient à la matrice par de profondes racines, tandis que la môle n'est que collée à ce viscère, à la manière du placenta, par le moyen des vaisseaux sanguins ; ce qui est un peu différent. Enfin, pour tout dire, quelques-uns ont osé avouer que la môle étoit le résultat d'une génération monstrueuse. De ces erreurs, fruit de l'ignorance, sont nées mille et une histoires plus extravagantes les unes que les autres, et dont nous rougirions de faire mention.

La grossesse contre nature peut encore dépendre de la réunion de deux enfans, qui, après s'être confondus, forment différens monstres : tels sont des enfans à deux têtes, à deux troncs, à quatre bras, à quatre jambes, etc. ; ou bien la monstruosité vient du vice de conformation des parties de

l'enfant : tels sont les enfans qui ressemblent aux singes, à des chats, à des chiens, etc. ; tels sont encore ceux qui viennent au monde, rompus, ou semblables à des pendus, ayant au cou la marque d'une corde, le visage violet, et la langue hors de la bouche. Les livres sont pleins de ces sortes d'histoires, les oreilles en sont rebattues ; mais nous pensons que ce sont des contes faits à plaisir.

Mais, dira-t-on, on a mille exemples de ces faits, constatés par des gens dignes de foi, qui prouvent combien l'imagination de la mère a de force et de pouvoir sur le corps de l'enfant ; soit : mais ces personnes étoient-elles en état de distinguer si vraiment l'enfant avoit la figure d'un chien, d'un singe, etc., ou s'il paroissoit tel par le dérangement de telle ou telle partie ? J'ai vu de ces prétendus singes, qui, bien examinés, n'étoient que des enfans acéphales ; et combien d'autres monstres qui, s'ils eussent été examinés attentivement, fussent redevenus des enfans auxquels, à la vérité, il pouvoit manquer des parties, ou qui en avoient de trop, ou mal disposées ! Mais tel est l'homme ; il aime le merveilleux. Dès qu'il voit une déviation dans la nature, il augmente le prodige, et d'une chose simple il en fait un monstre, ou au moins quelque chose de fort extraordinaire. Comment, d'ailleurs, la force de l'imagination de la mère sur l'enfant auroit-elle lieu ? On ne conçoit pas comment la chose

pourroit se faire ; on ne voit aucun nerf qui communique de la mère à l'enfant. Pour ce qui est de la rupture de certains enfans, nous croyons assez que les fortes impressions que reçoit la mère à la vue d'une barre de fer qui tombe sur un criminel, peuvent exciter des commotions dans son corps, et que la matrice est assez forte pour déranger l'organisation des parties, et rompre les os tendres de l'enfant ; tandis que les chairs, beaucoup plus molles, esquiveront les coups : mais l'imagination n'a aucun rapport avec ces accidens. Au reste, quoi qu'il en soit, voilà la seule monstruosité à laquelle nous voulons bien croire que l'imagination de la mère ait pu donner lieu. Nous regardons comme fausses toutes les autres histoires, ainsi que les marques que quelques enfans apportent au monde, comme une fraise, une cerise, amande, raisin, etc., à raison de l'envie que la mère dit avoir eue de manger de ces fruits pendant sa grossesse.

Y a-t-il des signes propres pour faire connoître chaque espèce de grossesse contre nature ? non. La môle seulement peut se distinguer par certains signes, assez équivoques, à la vérité : nous les exposerons en parlant de délivrer la matrice de ce pesant fardeau. Quant à la grossesse qui s'est faite hors de la matrice, soit à l'ovaire, soit à la trompe, dans le ventre même, nous les ferons aussi connoître

noître par les signes diagnostics, en parlant de l'opération césarienne.

ARTICLE V.

Description des membranes, des eaux du placenta, et du cordon ombilical.

Avant de passer aux maladies des femmes grosses, il nous paroît à propos de donner une courte description des membranes qui renferment le fœtus, des eaux dans lesquelles il nage, du placenta, et du cordon ombilical. Cette description paroît d'autant plus nécessaire, et mieux placée ici, que nous avons donné celle des parties génitales internes et externes de la femme, et que d'ailleurs elle est indispensable pour l'intelligence de ce que nous dirons par la suite touchant le mécanisme de l'accouchement. En effet, comment concevoir la dilatation de l'orifice de la matrice, si on ignore l'existence des eaux, comment l'enfant fait sa culbute dans les derniers temps de la grossesse ?

§. PREMIER.

Des membranes et des eaux qui enveloppent l'enfant.

Le fœtus dans la matrice est enveloppé de membranes, et nage dans une liqueur contenue dans leur cavité. Ces membranes sont au nombre de

deux ; savoir, le chorion et l'amnios. La première est externe ; la seconde, interne. Le chorion est une membrane épaisse, solide, spongieuse, qui revêt extérieurement le fœtus et les eaux dans lesquelles il nage : on peut aisément la diviser en huit, dix lames, entre lesquelles marchent des vaisseaux considérables par leur nombre et leur grosseur. Le chorion a la même structure que le placenta. On remarque que plus cette membrane se rapproche du placenta, plus elle s'épaissit, et que plus elle s'en éloigne, plus elle s'amincit.

Ces observations et ces traits de ressemblance me font juger que la membrane *chorion* n'est autre chose qu'une portion du placenta dégénéré, c'est-à-dire, une véritable continuation de celui-ci. Il n'y a pas de différence essentielle : la seule chose que je vois, c'est que les vaisseaux du placenta sont très-gros, et que ceux du chorion sont très-petits.

Si, après avoir détaché le chorion, on le jette dans l'eau, on voit une quantité prodigieuse de racines, qui ne sont autre chose que les vaisseaux de cette membrane, qui s'abouchent et communiquent avec ceux de la matrice. J'ai démontré, le premier, que cette membrane étoit par-tout adhérente à la face interne de la matrice ; j'ai aussi démontré que, dans les premiers temps de la conception, l'embryon étoit enveloppé d'une poche qui pouvoit porter le nom de *placenta*. On remarque

pourtant, pour l'ordinaire, un endroit qui est moins épais que le reste ; il s'épanche quelquefois des eaux entre les lames de cette membrane, et on leur a donné le nom de *fausses eaux.*

L'amnios est la seconde membrane ; elle recouvre la face interne du placenta et du chorion ; elle renferme immédiatement le fœtus et les eaux ; elle est transparente et formée de fibres fortes, et plus serrées que le chorion, duquel elle se sépare aisément : quelque fine qu'elle soit, on peut encore la séparer en plusieurs lames distinctes ; elle ne paroît arrosée que de vaisseaux lymphatiques.

Entre ces deux membranes, quelques anatomistes en avoient admis une troisième, nommée *allantoïde*, semblable à celle qui se trouve chez les animaux. L'anatomie comparée a, sans doute, donné lieu à cette opinion ; mais les recherches anatomiques, faites avec soin sur les membranes qui renferment le fœtus humain, n'ont rien fait voir de semblable jusqu'à ce jour ; en sorte qu'on est revenu de cette idée. Il reste pour constant que les animaux seuls sont enveloppés de cette troisième membrane ; elle sert, dit-on, à recevoir l'urine que ces mêmes animaux versent de temps à autre.

Les eaux contenues dans l'amnios sont, pour l'ordinaire, claires, transparentes, sans odeur, sans saveur, quelquefois louches, et déposent un sédiment, qui forme sur le corps des enfans nouveaux nés

une croûte. Ces eaux, exposées au feu, s'y congèlent ; elles ont les propriétés de la lymphe. Leur quantité varie dans les différens temps de la grossesse ; proportion gardée, elles sont plus considérables vers le commencement que vers la fin.

On a beaucoup disputé sur la liqueur contenue dans l'amnios : le plus grand nombre des auteurs se sont accordés à dire qu'elle se filtroit dans des glandes particulières du placenta, lesquelles se trouvoient vers l'embouchure des dernières artères avec les premières, et que cette sécrétion s'opéroit comme celles qui se font dans le corps humain. Pour moi, je prétends qu'il est inutile de recourir à ces idées pour découvrir l'origine des eaux de l'amnios : je pense que cette humeur est celle qui, hors le temps de la grossesse, suinte continuellement de la surface interne de la matrice, pour l'humecter et la lubrifier : or, dans le temps de la grossesse, le chorion, étant spongieux et appliqué à toute la face interne de la matrice, absorbe cette humidité à mesure qu'elle suinte. Une fois engagée dans la substance spongieuse de cette membrane, elle transpire à travers l'amnios, tombe dans sa cavité, s'y accumule de plus en plus, et forme les eaux dans lesquelles le fœtus nage.

Leurs usages sont, 1°. de distendre la matrice dans tous ses points également, pour que l'enfant ne soit pas comprimé dans les parois de la viscère,

et pour que ses mouvemens ne soient pas gênés ; 2°. de servir de nourriture au fœtus ; 3°. de dilater par degré l'orifice de la matrice au temps de l'accouchement ; 4°. de lubrifier, humecter, relâcher les parties, tant internes qu'externes, dans le temps où elles en ont besoin, par conséquent à favoriser singulièrement la sortie de l'enfant. Lorsque ces eaux ont dilaté l'orifice jusqu'à un certain point, les membranes se rompent, les eaux coulent, la tête se présente au couronnement, et l'accouchement continue : si la rupture des membranes se fait trop tôt, l'accouchement devient long et laborieux.

Vices des eaux.

Les eaux peuvent pécher, ou par leur quantité trop grande, ou trop petite, ou parce qu'elles ne se trouvent pas dans le lieu ordinaire. Quand les eaux se trouvent en trop grande quantité, la matrice se distend outre mesure, et il y a hydropisie de ce viscère ; quand, au contraire, elle pèche par défaut de quantité, la matrice ne se trouve pas assez dilatée ; elle gêne beaucoup l'enfant, et empêche le libre exercice de ses mouvemens. Les eaux peuvent, au lieu d'être contenues dans l'amnios, se trouver entre cette membrane et le chorion : c'est ce qu'on appelle *fausses eaux* : pour lors l'accoucheur peut se tromper sur le prognostic de la sortie de l'enfant, parce que l'amnios, encore entier, oppose

un obstacle à la sortie de l'enfant. Cet inconvénient, à la vérité, n'est jamais de conséquence pour l'accouchement; il ne fait que le retarder un peu. Il est d'autres eaux qu'on appelle *fugitives*; elles suintent de la matrice, ou transsudent à travers l'amnios et le chorion, pour s'épancher dans certains petits sacs particuliers, formés entre cette dernière membrane et la matrice, pour couler ensuite dans le vagin; accident qui arrive vers le huit ou neuvième mois de la grossesse, ainsi que nous l'exposerons par la suite: elles ne viennent pas d'hydatides, comme le prétendent quelques auteurs; ce que nous prouverons dans la suite.

Vices des membranes.

Les membranes peuvent être trop fines et trop délicates, ou trop fortes, ou trop coriaces. Dans le premier cas, elles se rompent trop tôt, et l'accouchement se fait à sec; il devient alors plus long et plus laborieux, parce que l'orifice de la matrice n'est pas assez dilaté pour recevoir la tête de l'enfant. Quand, au contraire, elles sont trop épaisses, elles ne se rompent pas au moment où l'accouchement veut se faire; on propose alors de les ouvrir pour laisser échapper les eaux; mais, d'après M. la Mothe, je ne le conseille pas, dans la crainte que l'orifice ne soit pas assez dilaté, et que l'accouchement ne devienne lent et difficile: j'aime mieux laisser

agir la nature, et attendre deux ou trois douleurs de plus pour opérer cette rupture; car la dureté des membranes n'est pas un véritable obstacle à l'accouchement.

§. I

Du placenta et du cordon ombilical.

Le placenta est une masse pulpeuse, plate, de figure orbiculaire, plus épais dans son milieu que sur ses bords, attaché à la matrice, dans toute sa surface, qui a pris son nom de sa ressemblance avec un gâteau : il est convexe du côté de la matrice, concave du côté du fœtus; son diamètre est de huit pouces à peu près, et son épaisseur d'un pouce dans son milieu; il diminue en approchant des bords.

La placenta est attaché à la matrice par sa surface convexe, qui est pulpeuse et sillonnée. Cette adhérence se fait au moyen d'une membrane, qui est une continuation du chorion, plus épaissse que celle de cette membrane, à cause du grand nombre de vaisseaux qui viennent s'y réunir. La surface concave du placenta est recouverte d'une membrane lisse et polie, qui est un prolongement du chorion et de l'amnios. Il faut remarquer avec attention cette structure pour pouvoir d'abord reconnoître ce gâteau, et n'être pas embarrassé quand on est obligé

de l'aller chercher dans la matrice : c'est cette face lisse et polie qui est jointe au cordon.

L'attache du placenta à la matrice n'est pas fixe, comme l'ont pensé les anciens ; cependant, son attache la plus commune est au fond de la matrice : on l'a vu quelquefois s'attacher sur l'orifice même de ce viscère, et former obstacle à l'accouchement. Il faut encore remarquer cette irrégularité dans l'adhérence du placenta ; car elle est presque toujours cause d'obliquité de la matrice. Nous ferons sentir ces choses par la suite.

Le nombre des placenta chez les femmes répond à celui des enfans. Lorsqu'il y a plusieurs placenta, ils sont presque toujours réunis et joints ensemble, de façon qu'en en tirant un, on arracheroit l'autre ; ce qu'il est bon de noter : car, si une femme est grosse de deux enfans, il faut bien se garder, le premier étant sorti, de tirer son placenta tout de suite ; on doit, avant, tirer le second enfant, qui, autrement, ne manqueroit pas de périr par l'hémorrhagie qui précéderoit sa sortie.

Les placenta, quoique réunis, ne communiquent pas entre eux ; car la liqueur injectée dans l'un ne passe pas dans l'autre. Quand il y a deux placenta dans la matrice, chacun, en particulier, a moins de volume qu'un seul. Il arrive quelquefois que les deux placenta de deux jumeaux sont séparés l'un

de l'autre ; mais ils n'ont en commun qu'un chorion, qui embrasse, sous la même enveloppe, les deux poches d'eaux. Les sillons qu'on remarque à la face externe du placenta ne sont qu'accidentels ; ils sont produits par la contraction de la matrice au temps de l'accouchement. La substance de ce gâteau est toute vasculeuse, et formée par les artères, et la veine ombilicale, qui se ramifient à l'infini, ainsi que l'a démontré Ruysch.

L'usage du placenta est d'apporter les sucs nourriciers qui servent au fœtus ; mais son principal usage est d'atténuer le sang qui est rapporté par les artères ombilicales. Il fait donc au fœtus le même office que les poumons chez l'adulte, c'est-à-dire qu'il rend au sang sa fluidité, et les autres qualités qu'il a perdues par la circulation répétée ; en un mot, c'est lui qui fait l'hématose.

Observations.

Quoiqu'il soit très-rare de voir les deux placenta de deux jumeaux séparés l'un de l'autre, j'ai cependant vu arriver ce fait deux fois à l'Hôtel-Dieu. Entre autres, une étrangère y accoucha de deux enfans le 13 octobre 1763 : on la délivra après la sortie du premier, ne soupçonnant aucunement qu'il y en eût un second. Une demi-heure après qu'elle eut accouché, il lui prit une douleur qui fit sortir un second enfant. Je fus à son lit,

voir pourquoi elle se plaignoit; elle me dit qu'elle accouchoit encore : effectivement je trouvai le second enfant entre ses cuisses; je fis la ligature du cordon, et je la délivrai. Ce placenta paroissoit n'avoir eu aucune adhérence avec le premier; de façon que chaque enfant avoit un amnios, un chorion et un placenta séparés.

Du cordon ombilical.

Le cordon ombilical est un paquet de vaisseaux entortillés, de la grosseur du pouce, composé d'une veine et de deux artères, le tout enveloppé d'une membrane épaisse, molle et continue à l'amnios; il s'étend du placenta jusqu'au nombril de l'enfant. La veine est grosse, contournée en spiral, et ne contient pas de valvule : la grosseur du cordon ombilical est plus ou moins considérable dans les différens sujets; d'ordinaire elle est d'un pied et demi : on y observe, d'espace en espace, de gros nœuds que les bonnes femmes comptent exactement pour savoir combien la femme accouchée aura d'enfans. La grosseur du cordon varie pour l'ordinaire; et, pour qu'il soit bon, il faut qu'il soit grêle et sec : les cordons pâteux et gros sont mauvais; ils cassent avec facilité pour peu qu'on fasse d'efforts en délivrant la femme.

Les deux artères, prises ensemble, sont beaucoup plus petites que la veine seule : si on souffle dans

cette dernière, à l'instant elle gonfle la masse du placenta. On peut disséquer les artères ; mais il est impossible de suivre la veine, tant elle est confondue avec le tissu du cordon pour venir se ramifier dans la masse du placenta. Il faut observer que l'insertion du cordon ne se fait presque jamais au milieu, mais vers l'un des bords. Cette remarque est nécessaire pour savoir de quel côté il faut commencer à le décoller en délivrant la femme.

§. III.

De la superfétation, et des jumeaux.

La superfétation est la conception de deux enfans dans des temps différens ; mais la superfétation a-t-elle lieu réellement, ou bien n'est-ce qu'un enfant d'imagination ? Toute l'antiquité a cru qu'elle avoit lieu : les modernes en ont nié jusqu'à la possibilité, appuyés sur ce qu'Hippocrate a dit que l'orifice de la matrice, après la conception, étoit si exactement fermé, qu'on ne pouvoit pas même y introduire un cheveu; mais Hippocrate s'est trompé à cet égard. L'orifice de ce viscère est aussi ouvert pendant ce temps que pendant tout autre : ce n'est donc pas son occlusion qui formeroit un obstacle à une seconde conception, comme l'ont voulu les modernes. De nos jours, on a ressuscité la superféta-

tion ; et, pour la prouver, on a rapporté certains faits qui paroissent effectivement en être des preuves convaincantes.

M. de Buffon, dans son histoire naturelle, rapporte qu'une femme mariée accoucha d'un enfant blanc et d'un noir. Cette femme, demi-heure après avoir eu affaire avec son mari, fut forcée, le poignard sur la gorge, d'admettre un nègre, dont elle conçut apparemment un enfant noir, le blanc étant, dit-elle, de son mari. Cette histoire est trop bien constatée pour en douter, et elle prouve clairement la superfétation : or, si elle se fait d'une demi-heure à l'autre, pourquoi ne se feroit-elle pas au bout de quinze jours, d'un et même de deux ou trois mois ? On lit, dans des observations, que des femmes se portant bien, après être accouchées au terme de neuf mois, sont accouchées, au bout de trois mois, d'un second enfant bien conformé ; enfin on a vu communément des femmes accoucher de deux enfans et même de trois, dont un seul se portoit bien, et les deux autres, si foibles et si délicats, qu'ils ne paroissoient pas avoir plus de sept à huit mois, et périssoient bientôt, tandis que le premier continuoit de vivre : voilà, ce me semble, des preuves bien convaincantes de la superfétation. Dira-t-on que, dans le dernier exemple, les trois enfans qui sont venus au monde en même temps, semblables

à des plantes, ont crû et végété inégalement, quoique semés dans le même terrein et dans le même temps ? on le peut ; mais ce raisonnement ne rendra pas raison des deux premières observations. En effet, il seroit ridicule de dire qu'un second enfant, quoique conçu en même temps que le premier, eût besoin, à cause de sa délicatesse, de rester trois mois de plus dans le sein de sa mère. A-t-on jamais vu des enfans y demeurer douze mois au lieu de neuf ? Il est bien plus raisonnable de penser que le deuxième enfant est le produit d'une superfétation. D'après ces faits, nous sommes portés à croire la possibilité de la superfétation. Nous avouerons qu'elle est extrêmement rare, et que l'explication d'un pareil phénomène est très-difficile à donner ; on ne peut même en donner une satisfaisante : il faudroit, pour éclaircir ce mécanisme, connoître les lois de la génération : or cette fonction est jusqu'à présent un mystère impénétrable à nos foibles connoissances ; attendons tout du temps.

Les signes de la superfétation, avant l'accouchement, ne sont pas sensibles ; après même, ils sont fort équivoques ; car, quand il y a un second enfant dans la matrice, on ne peut pas conclure qu'il soit le fruit de la superfétation, à moins qu'il ne soit petit et tout-à-fait délicat. Au reste, il est peu important d'être assuré de cette affaire, relati-

vement à la pratique ; car l'accouchement se fait à l'ordinaire, et comme nous le dirons par la suite.

Des jumeaux.

Les jumeaux sont deux enfans conçus en même temps, et portés neuf mois dans la matrice : ces enfans peuvent vivre, et vivent en effet après leur naissance ; le plus ordinairement cependant, l'un des deux meurt, comme étant le plus foible et le plus délicat. Peut-on savoir si, pendant la grossesse, la femme porte deux enfans ? oui, il y a certains signes qui nous le font connoître ; nous les donnerons, en traitant de l'accouchement de deux enfans. Quel est l'aîné de deux jumeaux, demande-t-on souvent ? On a beaucoup déraisonné sur cette matière. Sans nous inquiéter de ce qu'on a pu dire et écrire, nous prétendons que celui qui vient le premier est l'aîné, ou doit être regardé comme tel ; nous ne nous embarrassons pas s'il a été conçu le premier ou non. Hippocrate s'est trompé quand il a dit que l'enfant qui est au fond de la matrice est le premier formé, que par conséquent il devoit être l'aîné, quoique sortant le dernier. Tout ce qu'on a écrit depuis Hippocrate est un tissu d'erreurs : la situation des deux enfans dans la matrice n'est pas telle qu'il la suppose ; ils sont à côté l'un de l'autre, par conséquent il a erré.

ARTICLE V.

Du régime que les femmes grosses doivent observer.

Nous divisons cet article en deux paragraphes : le premier traitera du régime, et le second de l'usage des remèdes, le tout considéré relativement à la grossesse.

§. PREMIER.

Du régime.

Le régime qui convient aux femmes enceintes consiste dans l'usage raisonné des six choses non naturelles, auxquelles nous ajouterons la manière de se vêtir et la privation du mariage.

1°. Les femmes enceintes étant plus sensibles que dans tout autre état de leur vie, relativement à l'excessive mobilité de leurs nerfs, doivent respirer un air pur et vif. J'ai vu périr, à l'Hôtel-Dieu de Paris, un grand nombre de femmes à cause du mauvais air qui étoit communiqué dans leur salle, placée au-dessus de celle des blessés : les médecins de la faculté de Paris firent transporter ces infortunées dans un local plus sain, et les avortemens et la mortalité cessèrent leurs ravages.

On a observé que l'avortement est plus commun dans les grandes villes et dans les lieux maréca-

geux que dans les campagnes, parce que dans ces endroits l'air est humide, et chargé d'exhalaisons putrides. La plus grande propreté et le renouvellement de l'air sur-tout doivent être observés dans les chambres qu'habitent les femmes enceintes.

2°. Il faut qu'elles fassent choix de leurs alimens, et on doit les considérer par rapport à leur quantité et à leur qualité.

Quant à la quantité, les femmes doivent manger peu dans le commencement de la grossesse; l'estomac souffre; il éprouve des nausées, des vomissemens, et son appétit est presque éteint; il paroît même que c'est une sagesse de la nature d'avoir ôté l'appétit dans ce temps : si les femmes eussent autant mangé que dans l'état ordinaire, la pléthore, et les maladies qui en sont les suites, eussent eu souvent lieu; l'excrétion menstruelle se trouve alors supprimée : cependant, si l'inappétence étoit excessive, il faudroit aiguiser l'appétit par quelques ragoûts bons et bien choisis. Les choses, à cet égard, changent vers le milieu de la grossesse; alors l'appétit est grand, quelquefois désordonné : il faut, dans ce cas, le modérer, faire manger peu et souvent, parce que l'estomac est à l'étroit. On doit encore plus craindre la pléthore dans ce temps qu'au commencement, parce que les accidens qu'elle produit, tels que la toux, les crachemens de sang, les vertiges, l'éblouissement, l'apoplexie, sur-tout celle

celle qui porte le nom de *coup de sang*, et qui fait périr tant de femmes grosses, ont ordinairement lieu vers le milieu de la grossesse; il faut donc les contenir sur cet article.

Quant à la qualité des alimens, ils doivent être nourrissans, mais sous un petit volume, et faciles à digérer. Ces précautions sont de la plus grande importance : il s'agit des rudimens de l'homme. Si les humeurs de la mère sont douces et balsamiques, l'enfant sera fort et robuste ; si au contraire ces humeurs sont impures, l'enfant naîtra foible et délicat. L'enfant porte en naissant toutes les qualités physiques de la mère, et même ses inclinations : il faut donc priver les femmes enceintes de tous les alimens cruds et indigestes, tels que la salade, la pâtisserie, les viandes dures, les ragoûts trop épicés. Mais, s'écrie-t-on aussitôt, si vous refusez aux femmes de satisfaire toutes leurs envies, et elles en ont beaucoup, leur fruit en sera marqué. Cette déclamation est une erreur ; nous l'avons déja démontré. Si cependant une femme desiroit avec ardeur de contenter une de ses fantaisies, examinez la nature de cet aliment : s'il ne peut pas nuire absolument, cédez ; mais, dans le cas contraire, résistez, et détournez l'imagination de la femme par la distraction.

Les alimens liquides doivent être les liqueurs fermentées, le vin vieux sur-tout, un peu de liqueurs

spiritueuses, car l'eau seule ne vaut rien; elle est trop fade, elle cause relâchement, bouffissure; les femmes grosses ne doivent pas non plus boire chaud; elles gâtent leur estomac.

3°. *Du mouvement et du repos.* Les femmes grosses doivent prendre de l'exercice, mais modérément, afin de rendre la circulation plus libre, d'écarter une partie des maladies de la grossesse, de procurer un accouchement plus heureux, et de donner enfin plus de force à l'enfant. Le défaut d'exercice est, au contraire, un très-grand mal chez les femmes riches, aussi la plupart ont-elles des grossesses très-pénibles, et des accouchemens longs et difficiles, et presque toujours des maladies pendant ou après leur grossesse. Les femmes de la campagne n'accouchent heureusement qu'à cause de l'exercice qu'elles font. Il est vrai que ces femmes avortent quelquefois; mais cet accident est la suite des pénibles travaux auxquels elles sont exposées. Il faut donc interdire à ces dernières les travaux pénibles, et les empêcher de lever, de porter des fardeaux trop pesans.

Quant aux femmes de ville, il faut leur prescrire la promenade, l'exercice modéré; elles doivent éviter la danse, les mouvemens brusques, et marcher à pied.

4°. *Le sommeil et la veille.* Les femmes enceintes ont une grande propension au sommeil: c'est pourquoi il faut leur accorder une heure de plus pour

dormir que dans un autre temps. Cet état cesse vers le septième mois ; alors elles sont plus éveillées qu'elles ne veulent.

5°. *Les passions de l'ame doivent être modérées.* Les femmes enceintes, relativement à la plus grande mobilité des nerfs, sont plus disposées à la colère que dans d'autres momens : c'est pourquoi il faut écarter loin d'elles tout sujet de mécontentement. On a vu souvent un excès de colère, un grand chagrin ou une terreur subite, déterminer l'avortement. Il se fait, dans ce cas, un ébranlement tel dans la matrice, que le placenta se détache, et que l'enfant ne recevant plus sa nourriture, succombe, et, chassé par la matrice comme un corps étranger, forme l'avortement.

6°. *Les excreta et retenta.* Les femmes grosses ne doivent pas retenir leurs excrémens ni leurs urines ; il ne faut pas qu'elles soient plus d'un jour sans aller à la selle. Si le ventre n'étoit pas libre, on donneroit un lavement tous les jours ou tous les deux jours ; cela est important, parce que le rectum et la vessie, distendus, compriment la matrice, et la gênent singulièrement : d'ailleurs, l'urine trop long-temps retenue passe en partie dans la masse du sang, produit une acrimonie dont l'enfant se trouve mal ; enfin, comme dans les derniers temps de la grossesse les envies d'uriner sont fréquentes, à cause de la compression que fait alors la matrice

sur la vessie, les femmes risqueroient d'être attaquées de stangurie si elles s'obstinoient à retenir leur urine.

7°. Les vêtemens doivent être légers, et ne serrer ni le ventre ni la gorge. Les villageoises s'habillent à leur aise, et suivent en cela la nature. Il n'en est pas de même des femmes des villes, qui se serrent dans des corps baleinés, pour cacher leur grossesse. Ces ajustemens compriment le ventre, déjettent en bas la matrice; elle devient oblique en devant, et cette obliquité donne lieu à de fâcheux accouchemens : l'enfant se trouve d'ailleurs très-mal de cette compression forte. Enfin les femmes, au moyen de ces corps, se gâtent le sein au lieu de le conserver, comme elles le prétendent : elles doivent aussi porter leurs jupons lâches, ainsi que leurs jarretières et leurs souliers. La gorge et les bras doivent être couverts, pour faciliter l'insensible transpiration, qui est alors nécessaire, attendu la pléthore; état très-fréquent chez les femmes grosses.

8°. L'usage du mariage doit être très-rare, et même absolument interdit aux femmes, sur-tout à celles qui sont délicates. La nature semble dicter elle-même ces lois sévères. Ne voyons-nous pas les femelles des autres animaux s'éloigner du mâle aussitôt qu'elles ont conçu ? Pourquoi l'homme, si fier de sa supériorité, de sa raison, n'obéit-il

pas à ces lois sages? — Mais il est plus lascif; — mais, dans les premiers mois de la grossesse, les femmes desirent ses embrassemens avec plus d'ardeur; — mais comment un homme jeune et vigoureux peut-il pendant neuf mois se priver de la jouissance de sa femme? — Je conçois toutes ces excuses, et je réponds: — L'irritation qu'éprouve l'orifice de la matrice, le poids de l'homme, l'évanouissement enfin, toutes ces causes provoquent l'avortement. Qu'un homme raisonnable les médite, et il se privera, ou il jouira rarement, et avec circonspection, d'un plaisir qui peut le priver à-la-fois des deux êtres vivans qui doivent le plus l'intéresser le reste de sa vie. Qu'il choisisse.

§. II.

Règles de conduite dans l'administration des remèdes, relativement à l'état de grossesse.

On peut considérer ce que nous allons dire dans ce paragraphe sous deux points de vue. 1°. C'est un précis de tout ce que nous exposerons dans le chapitre suivant, en traitant des maladies des femmes grosses; 2°. ce sont des règles générales, desquelles il ne faut jamais s'écarter, et que tout praticien doit exactement suivre dans les maladies des femmes grosses, en supposant même qu'il ne se mêle pas de la pratique des accouchemens.

Les médicamens se divisent en généraux et en particuliers. Les généraux sont ceux qui peuvent s'employer dans toutes les maladies ; ce sont les saignées, les émétiques, les purgations et les lavemens. Les particuliers sont ceux qu'on emploie dans certains cas : tels sont les diurétiques, les diaphorétiques, les narcotiques, etc.

Nous insisterons particulièrement sur les remèdes généraux.

Remèdes généraux.

De la saignée.

La saignée est un remède très-utile dans presque tous les temps de la grossesse. Dans le premier temps, on l'emploie pour remédier à la pléthore et à l'ébranlement des nerfs. Comme il n'existe pas encore de pléthore dans ce temps, et que ce n'est guère que vers le commencement du troisième mois, c'est sur-tout à la sensibilité des nerfs qu'il faut faire attention. Vers le milieu de la grossesse, on saigne encore pour remédier à l'oppression, à la toux, aux crachemens de sang, aux maux de tête, aux coups de sang et aux vertiges ; vers la fin, on l'emploie pour guérir les varices, les œdêmes, les hémorrhoïdes, etc. Tous ces accidens ayant pour cause la pléthore particulière, demandent sur-tout la saignée, et c'est de tous les remèdes le plus efficace et le plus salutaire.

A Paris, on a coutume de beaucoup saigner pendant le cours de la grossesse ; on fait mal, si les femmes se portent bien. C'est une loi invariable ; il ne faut jamais saigner ni médicamenter les femmes grosses tant qu'elles se portent bien. Il y a cependant des exceptions à cette règle : les voici. Si une femme avoit eu, dans une grossesse précédente, des accidens qui eussent exigé la saignée, il faut les prévenir, dans la grossesse suivante, par la saignée, que l'on feroit vers le quatrième ou huitième mois. Par exemple, une femme s'est bien portée dans la grossesse précédente ; mais tout-à-coup elle a été attaquée d'une perte, et l'avortement s'en est suivi : en pareil cas, il faut absolument saigner la femme au temps que je viens de prescrire, pendant sa grossesse subséquente, quoique d'ailleurs elle se porte bien, afin de prévenir l'avortement qui pourroit encore avoir lieu.

Temps où la saignée doit être proscrite, et circonstance pour l'éviter, autant qu'il est possible.

La saignée, et sur-tout celle du pied, doit être proscrite dans les premiers mois de la grossesse, à moins qu'il n'y ait urgence : alors on pourroit saigner du bras, ayant soin de faire les saignées petites. Il est d'expérience que la saignée faite dans ce temps produit des tranchées, des coliques, et

un bouleversement dans la matrice, ce qui provoque quelquefois l'avortement : je dis quelquefois, parce que, malgré ce qu'en dit le vulgaire, que la saignée du pied produit constamment l'avortement, ce n'est pas toujours vrai ; car il est constant que des filles qui se sont fait saigner du pied au commencement de leur grossesse, afin de détruire leur fruit, n'ont pas laissé que d'accoucher à terme. On ne peut cependant pas disconvenir qu'elle ne soit nuisible, en ce qu'elle détermine une trop grande quantité de sang vers la matrice, qui en est déja un peu surchargée par la suppression des règles.

Il faut faire de petites saignées, éloignées les unes des autres, pour éviter la syncope, qui pourroit causer la mort de la mère et de l'enfant.

Depuis le troisième mois jusqu'au neuvième, on peut saigner quand il y a nécessité. 1°. La femme doit être plutôt couchée qu'assise ; 2°. il ne faut jamais la saigner jusqu'à la syncope, car c'est une erreur de croire que les saignées où on se trouve mal sont les meilleures ; la syncope est toujours dangereuse ; 3°. il ne faut pas la répéter souvent dans le cours de la grossesse : comme on le sait, il résulte de cette conduite un *collapsus* universel, qui, empêchant la circulation de se faire, produit presque toujours l'avortement.

Cette observation est de très-grande conséquence

dans la pratique. J'ai vu arriver nombre d'avortemens à la suite de saignées trop abondantes.

Quel motif a pu déterminer les médecins et les chirurgiens à faire saigner si souvent dans le cours de la grossesse ?

Voyons d'où peut venir cette mauvaise pratique, et quelle est son origine. Le voici : c'est qu'il y a des femmes pléthoriques, qui, accoutumées à perdre beaucoup avant leur grossesse, ne peuvent conserver leurs enfans sans être saignées plusieurs fois : cela n'exclut pas l'idée de pléthore, parce que les femmes ont du sang à proportion de la quantité et du diamètre de leurs vaisseaux. Celles qui sont robustes, et qui sont réglées pendant huit à neuf jours, et abondamment, doivent être saignées, afin que l'enfant ne se trouve pas surchargé. Dès qu'on a vu qu'il y avoit des femmes qu'il falloit saigner, on a cru qu'il en falloit user de même avec toutes les autres.

Telles sont les erreurs multipliées des gens qui veulent tout généraliser ; mais l'art de guérir ne vit que d'exceptions, et c'est précisément en quoi l'art consiste.

Le temps où la saignée doit être mise en usage est, à plus juste titre, au milieu de la grossesse, parce qu'alors viennent la toux, le crachement de sang, les vertiges, etc., qui tous exigent la saignée. On peut même saigner du pied dans les coups de sang, et sans craindre l'avortement ; de la gorge,

pour des convulsions qui prennent à la bouche. Rien ne tue plus promptement l'enfant que les convulsions, puisque la plus légère peut le faire périr ; ce qui arrive quelquefois dans l'accouchement : et il y a des gens assez ignorans et assez méchans pour attribuer la mort de l'enfant plutôt à la saignée qu'aux convulsions.

Dans les affections comateuses, la saignée du bras est préférable à celle du pied. La saignée essentielle, comme celle de la gorge, des tempes, n'a rien de singulier. Le temps où la saignée peut être faite avec le plus d'avantage, est le dernier mois de la grossesse ; elle avance ordinairement l'accouchement de quatorze jours, ou de trois semaines. Il faut en instruire les maris soupçonneux, qui pourroient s'imaginer que les enfans ne viennent pas d'eux.

Quand l'enfant tarde à faire la culbute, et à venir au monde, les parties se gonflent ; elles sont dans l'éréthisme, et l'accouchement est plus difficile : mais lorsque l'enfant fait la culbute de bonne heure, il détermine les douleurs à venir plutôt, les femmes accouchent plus vîte ; et d'ailleurs il est d'observation qu'elles accouchent plus heureusement avant la révolution du neuvième mois qu'après : c'est pourquoi je conseille la saignée dans ce temps, parce qu'elle procure un accouchement plus heureux, en l'avançant ; de plus, elle diminue l'éréthisme de la matrice : d'où il suit que les dou-

leurs sont moins piquantes, les suites moins fâcheuses; le placenta se décolle mieux; le cours des fluides est plus libre; les pertes ne sont pas si fréquentes ni si abondantes, et il y a moins à craindre du côté des convulsions.

Enfin, on les purge ensuite, et l'on prévient les suites de la surabondance des humeurs, toujours à redouter dans cette situation.

Quant à la quantité du sang qu'on doit tirer, elle ne doit pas passer deux ou trois palettes au plus; et le chirurgien doit avoir égard à la force du sujet, afin d'éviter la syncope et le *collapsus* qui en résultent. Dans les inflammations, j'aime mieux faire tirer deux palettes à la fois, et une demie chez les femmes délicates, et rapprocher un peu les saignées, les unes des autres; enfin, faire en quatre fois ce qu'on ne fait qu'en deux.

Les émétiques.

Nous serons courts sur cet article : il suffit de dire qu'on ne doit absolument jamais faire usage de ces remèdes pendant tout le cours de la grossesse. Dans tous les temps, ils produisent l'avortement; c'est même le plus sûr et le seul moyen; car la saignée du pied et les plus forts emménagogues échouent. En vain une fille grosse, pour détruire son fruit, prend une grande quantité de ruë et de sabine; l'enfant n'en vient pas moins heureusement

à terme au bout de neuf mois : mais il n'en est pas de même des émétiques ; ces remèdes excitent des contractions dans l'estomac et les muscles abdominaux. Ces contractions se communiquent bientôt à la matrice. Or, comme ce viscère ne peut se contracter sans se crisper, cette action décolle le placenta, détruit son adhérence au fond de la matrice, d'où s'en suit perte de sang, cessation de circulation de la mère à l'enfant, enfin la mort de celui qui, devenant alors corps étranger, est bientôt expulsé. On sera peut-être surpris que l'émétique produise si sûrement ces accidens, tandis que le vomissement qui vient pendant les trois premiers mois de la grossesse ne le cause pas. Mais il faut observer que si ces vomissemens sont vifs, fréquens et opiniâtres, ils occasionnent l'avortement avec la même facilité que l'émétique ; s'ils ne le produisent pas, c'est qu'ils viennent peu à peu, que la matrice s'accoutume par degré à ces impressions, et qu'elle les souffre ensuite sans se contracter : l'émétique, au contraire, produit son effet brusquement, secoue toute la matrice, en causant des efforts violens ; il faut donc rejeter ce remède dans tous les temps de la grossesse, dans les maladies même où il seroit le mieux indiqué.

Des purgatifs.

Ces remèdes sont d'une nécessité absolue dans le temps de la grossesse. Leur usage est presque toujours indiqué dans presque toutes les maladies des femmes grosses ; car à ces maladies se trouvent toujours joints des vices de digestion. On évitera les purgatifs doux, sucrés et relâchans, tels que la manne, la casse, les différens sirops ; ils peuvent produire l'avortement, ainsi que les purgatifs forts et résineux, comme le diagrede, le turbith, la rhubarbe, le séné, le jalap, la gomme gutte, la scamonée, si on les faisoit prendre en trop grande quantité. Ceux dont on doit se servir sont les stomachiques, les doux amers et les rhubarbarins, tels que la rhubarbe en substance ou en infusion, la teinture d'agaric, le sirop de chicorée composé, le catholicum double, les sels neutres, les eaux acidules purgatives. Ces remèdes produisent un double effet ; ils évacuent les saburres des premières voies, agacent les fibres de l'estomac, les titillent doucement.

Temps où il est plus convenable de purger.

Le temps où les purgatifs conviennent le mieux est vers le quatrième mois de la grossesse. Hippocrate

conseille de faire saigner avant la purgation afin, qu'elle produise un meilleur effet : mais comme la préparation du purgatif consiste à diminuer la ténacité des humeurs, la saignée n'y fait rien ; je conseille plutôt la diette, l'usage des boissons délayantes, et les lavemens, qui y disposent infiniment mieux que la saignée. Cependant on pourroit la mettre en usage, s'il y avoit quelquefois indication. Comme les accidens qui suivent ordinairement les accouchemens viennent des saburres et d'amas de matières dans les premières voies, d'où naissent les diarrhées, si funestes aux nouvelles accouchées, je conseille de donner, dans le neuvième mois de la grossesse, un minoratif; il nettoie les intestins, et met les femmes à l'abri de nombres d'accidens qui pourroient leur arriver après être accouchées.

Des lavemens.

Ces remèdes peuvent être regardés comme généraux ; ils sont d'un très-bon usage, pendant la grossesse, pour les vertiges, les ardeurs d'estomac, les maux de tête, les tintemens d'oreilles, les vapeurs, les coliques, etc., pourvu cependant qu'on ne s'y habitue pas, et qu'on n'en fasse pas un trop grand usage, parce qu'ils donneroient lieu au prolongement et au relâchement du vagin, et de toutes les parties voisines, qui perdroient leur ton :

ainsi, il faut en faire usage, mais avec modération. Ils conviennent fort à celles qui sont d'un tempérament sec et très-échauffé, qui ne peuvent aller à la selle qu'en faisant des efforts très-violens; qui sentent une chaleur et une ardeur terribles dans les entrailles, et qui rendent des matières toujours dures et brûlées. Il faut que ces femmes prennent des lavemens avec l'eau tiède, le lait, le miel, l'huile, tous les deux jours au moins. Les lavemens purgatifs, que quelques accoucheurs conseillent, font plus de mal que de bien; ils agacent, irritent les intestins, et la matrice en souffre.

DES REMÈDES PARTICULIERS.

Des narcotiques.

Il ne faut point faire usage de ces remèdes, par exemple, du laudanum, de l'opium; ils nuisent singulièrement à l'enfant, et produisent même quelquefois l'avortement: apparemment que la rarescence qu'ils font d'abord sur le sang, et que l'affaissement et l'engourdissement qui suivent l'effet de ces médicamens, rendent la circulation lente et difficile dans les vaisseaux ténus du placenta, la suspendent, et même l'anéantissent; peut-être aussi passe-t-il assez de particules narcotiques dans le corps de l'enfant pour déranger l'organisation

encore tendre et délicate de son cerveau, et le faire périr. Quoi qu'il en soit de l'explication du phénomène, le fait est certain, et cela nous suffit. Nous devons donc nous tenir en garde contre ces remèdes, en interdire l'usage aux femmes grosses, et leur procurer du repos, si elles en ont besoin, par d'autres moyens que nous détaillerons ailleurs. Si cependant on se trouve forcé de les donner, comme, par exemple, dans une insomnie continuelle, il faudroit choisir le plus doux et le plus léger de tous ces remèdes, afin qu'il n'en résulte pas de mauvaises suites.

Des diaphorétiques et des diurétiques.

On doit éviter l'usage de ces remèdes donnés à forte dose dans la grossesse ; car on doit singulièrement redouter les grandes évacuations dans la grossesse. Il faut seulement entretenir l'écoulement des humeurs, mais ne les pas provoquer ; les évacuations excessives entraînent après elles nombre d'accidens, tels que la foiblesse, l'atrophie, le marasme, et la mort même. Les doux diaphorétiques seuls conviennent pour favoriser l'insensible transpiration, fort utile dans la grossesse : la suppression de cette évacuation seroit bientôt suivie de pléthore, et des maux qui en dépendent. Les remèdes atténuans ne doivent pas

pas non plus être donnés ; les femmes qui en font usage n'enfantent pas ordinairement ; mais les altérans et les adoucissans conviennent quelquefois.

CHAPITRE III.

Des maladies qui peuvent attaquer les femmes grosses.

La grossesse expose les femmes à quelques accidens ; mais elle leur épargne, en récompense, un grand nombre de maladies fort graves, par exemple, les fièvres inflammatoires, les convulsions, l'épilepsie : il semble que la nature, attentive à leur état, éloigne d'elles tout ce qui pourroit écraser le précieux fardeau qu'elles portent. Non-seulement les femmes grosses sont exemptes de plusieurs maladies, mais même la grossesse les guérit d'un grand nombre d'autres. L'expérience fait voir que la fièvre quarte, la fièvre intermittente, les vapeurs, les maladies cutanées, les affections hystériques, les convulsions et l'épilepsie, se guérissent par la grossesse. Expliquer le mécanisme par lequel ces sortes de cures s'opèrent, est chose très-difficile, à moins qu'on ne dise que l'enfant absorbe une partie du levain qui produit ces accidens : peut-être aussi que le corps de l'enfant et le placenta sont de nouveaux agens, qui, conjointement avec ceux de la mère, travaillent à atténuer et à assimiler nos

humeurs. Quoi qu'il en soit, l'effet est constant. Une femme, une fois grosse, on peut encore raisonnablement assurer qu'elle a neuf mois à vivre, tandis qu'une pareille assertion seroit folle pour une autre femme qui seroit hors du temps de la grossesse.

Toutes les femmes grosses ne sont pas sujettes aux mêmes accidens, et ces accidens n'arrivent pas dans le même temps. On peut diviser la grossesse en trois termes; savoir, les trois premiers mois, les trois seconds, et les trois derniers. Chaque terme a ses accidens propres. Dans les trois premiers mois, il y a inappétence, nausées, vomissemens, diarrhée, coliques, odontalgie; dans les trois seconds, se manifestent la toux, les crachemens de sang, les palpitations, les douleurs de reins, des aines, les maux de tête, les vertiges; enfin, dans les trois derniers mois, les parties génitales paroissent spécialement affectées; il y a incontinence d'urine, hémorroïdes, tumeurs variqueuses, œdémateuses, pertes de sang, écoulemens d'eau, goutte, crampes, etc. Quoique nous ayons dit que chaque terme de la grossesse avoit ses accidens particuliers, ce n'est pas à dire pour cela que ceux du premier terme se continuent dans le second, et ceux-ci dans le troisième; il est au contraire commun de voir les maladies s'entrelacer, s'il est permis de parler ainsi.

Entre les maladies propres à chaque terme de la

grossesse, il y en a qui peuvent survenir indifféremment dans tous les temps : telles sont les fièvres, l'hydropisie, la petite vérole, l'avortement. Celui-ci doit cependant avoir lieu avant le septième mois : passé ce temps, un enfant qui vient au monde peut vivre, et vit en effet ; de sorte qu'on ne peut pas regarder sa sortie comme un avortement.

ARTICLE PREMIER.

Des maladies des premiers mois de la grossesse.

L'inappétence ou le défaut d'appétit, les nausées, le vomissement, les dévoiemens ou diarrhées, les vents, les coliques, l'odontalgie, etc.

SECTION PREMIÈRE.

De l'inappétence.

L'inappétence ou manque d'appétit est une maladie dont toutes les femmes se trouvent prises dans les premiers temps de la conception ; elle peut être légère ou portée à l'excès. On voit des femmes simplement dégoûtées ; on en voit d'autres qui ne peuvent pas soutenir la vue des mets les plus ragoûtans : ces dernières ont, pour l'ordinaire, les envies les plus baroques de manger des choses singulières, comme de la terre, du charbon, du plâtre. L'inappétence peut encore prendre immédia-

tement après la conception, ou vers la fin du premier mois, dans le courant du deuxième et du troisième ; enfin elle peut durer plus ou moins de temps.

Causes.

La cause prochaine est une sensation anéantie dans les fibres de l'estomac ; cet anéantissement dépend lui-même d'un dérangement dans les nerfs. Or, de quelle nature peut être ce dérangement ? On a recours à la sympathie qui règne entre la matrice et l'estomac, pour expliquer ce phénomène. En effet, elle existe. On sait que l'estomac reçoit ses nerfs de la paire-vague ; que ces nerfs communiquent sensiblement, au moyen de plusieurs filets, avec le grand sympathique ou intercostal, qui fournit à la matrice. On est donc parti de cette sympathie, et on a dit que la distention de la matrice étoit la cause très-éloignée du dérangement des nerfs de l'estomac, parce que les nerfs utérins communiquent, ou mieux, transmettent leurs maladies aux stomachiques : mais a-t-on rencontré juste ? je ne le crois pas. En effet, la distention de la matrice peut-elle avoir lieu dans les premiers temps qui suivent la conception ? Cependant l'inappétence se fait sentir alors. D'autres anatomistes ont regardé la pléthore comme la cause éloignée de cet accident ; mais elle ne peut être assez forte dans le

premier ni dans le second mois, pour produire la perte d'appétit.

Nous avons observé, en parlant de la génération, que la femme, au commencement de la conception, éprouvoit un certain mouvement universel, un frémissement mêlé de volupté et de douleur. Ce mouvement est une espèce de convulsion générale qui paroît avoir son principal siége dans la matrice; pourquoi ce frémissement ne se feroit-il pas sentir à l'estomac, par la communication des nerfs utérins avec les stomachiques? Rien ne répugne à cette idée, et elle est la cause éloignée de l'inappétence, du vomissement, qui viennent après la conception. De là, nous l'établissons pour cause immédiate de l'inappétence, et de la privation de sensibilité.

Symptômes.

Les femmes se refusent au manger; elles n'ont plus d'appétit; les alimens qui leur plaisoient auparavant les dégoûtent; elles pâlissent et maigrissent; l'embryon souffre, et perd la vie, si le mal dure.

Diagnostic.

Il est très-aisé; c'est pourquoi nous ne le détaillerons pas.

Prognostic.

Ce mal n'a rien de fâcheux, s'il passe le qua-

trième mois ; peut-être même est-ce un grand bien pour la mère et pour l'enfant : autrement la pléthore auroit lieu.

Curation.

On présente à la mère les mets les plus ragoûtans, et on lui recommande un exercice modéré. Si l'appétit est presque perdu, les accoucheurs recommandent les acides minéraux ; mais ils ne conviennent pas. En général, il faut éviter les aigres pendant la grossesse ; les légères eaux minérales, les ferrugineuses, et celles de forges, coupées, valent mieux : on défendra les amers aromatiques ; ils sont emménagogues, et pourroient en conséquence agiter le sang et le déterminer vers la matrice en plus grande quantité : ce qui pourroit détacher le placenta, ou plutôt les rudimens, qui sont encore tendres et délicats, et produire l'avortement. La saignée est un bon remède, quand l'appétit est totalement perdu ; mais on ne doit pas la mettre en usage avant trois mois. L'exercice et la gaieté sont bons.

SECTION II.

Des nausées et des vomissemens.

Tout le monde sait ce qu'on entend par vomissement. La nausée est un vain effort, une se-

cousse légère, et une envie infructueuse de vomir. Les femmes sont très-sujettes à ces deux accidens dans les trois premiers mois de leur grossesse. Le vomissement est grave ou léger, continuel ou momentané, essentiel ou symptomatique : il est aisé d'appercevoir ces différences continuelles ou interrompues. Le vomissement essentiel, quand il dépend de l'estomac, symptomatique, quand il reconnoît la matrice pour cause. On voit des femmes grosses qui ne vomissent que le matin en se levant ; d'autres, toute la journée ; quelques-unes, après le repas, et communément elles rendent leurs alimens : on trouve de ces dernières qui ne rejettent que des sérosités, quoique leur estomac soit d'ailleurs plein d'alimens ; d'autres, au contraire, qui vomissent tout ce qu'elles prennent, soit solide, soit liquide : apparemment que, dans le premier cas, la pression de l'estomac suffit pour chasser les alimens fluides, et qu'elle n'est pas assez forte pour obliger les solides à les suivre. Le vomissement vient quelquefois après la conception ; quelquefois il ne vient que le quatrième ou le huitième jour qui suit la conception ; d'autres fois, au bout de trois semaines, un mois ; enfin on le voit venir aussi dans le troisième et le quatrième mois : alors il dure jusqu'au sixième, et peut même, à raison de l'intensité, persister jusqu'à la fin, et ne finir qu'avec l'accouchement.

On a regardé comme un signe très-certain de grossesse les nausées et les vomissemens qui surviennent au commencement de la grossesse : ce signe n'est cependant pas toujours vrai, puisqu'il peut arriver qu'une femme soit grosse sans avoir des vomissemens. D'ailleurs il y a des filles et des femmes qui, n'étant pas bien réglées, ont souvent ces accidens, et ne sont pas enceintes. Alors ils ont pour cause l'obstruction ou l'inflammation de la matrice.

Causes.

La cause prochaine et immédiate du vomissement est une contraction vive du ventricule, en vertu de laquelle les alimens et les autres matières sont chassées de sa cavité. Mais quelle est la cause de cette contraction ? les accoucheurs ont encore recours à la distention de la matrice et à la pléthore ; mais ni l'une, ni l'autre ne peuvent produire le vomissement, qui dure quatre, huit, douze heures, ou bien, les quatre, dix, quinze jours après la conception, et même quelquefois dans l'acte vénérien : il faut donc se rappeler ce que nous avons dit au chapitre précédent, en cherchant la cause de l'inappétence. C'est à cet état singulier de la matrice et de l'estomac, à ce changement remarquable, qui se fait dans ces deux viscères lors de la conception, et qui sub-

siste encore un certain temps, qu'il faut attribuer les nausées, le vomissement en question. Avant les ébranlemens, les alimens affectoient les nerfs d'une manière agréable ; depuis ces ébranlemens, ils ne produisent sur eux qu'une sensation désagréable, et souvent dolorifique ; l'estomac, affecté, fait des efforts pour se débarrasser ; il se contracte vigoureusement, et chasse en effet ce qu'il contient. Nous serons forcés dans la suite d'avoir très-souvent recours à cette affection du genre nerveux, pour expliquer plusieurs phénomènes, à mesure qu'ils se présenteront.

Le vomissement qui arrive après les trois premiers mois reconnoît pour cause la distention de la matrice, et la pléthore, qui n'existoient pas avant ce temps. C'est cette pléthore, qui, en distendant les vaisseaux de la matrice, les irrite, et cause le vomissement, par la sympathie qu'il y a entre la matrice et l'estomac. A cette cause, se joignent, sur la fin de la grossesse, les saburres et les impuretés des premières voies, qui résultent d'un chyle crud, mal digéré et visqueux, produit par un estomac délabré, qui irrite et picote les nerfs de la membrane interne de ce viscère, et cause les vomissement. Suivant les différens temps de la grossesse, il y a différentes causes qui peuvent occasionner le vomissement. On voit des femmes qui ne commencent à vomir que vers le sixième ou septième

mois ; ce sont ordinairement celles qui portent leurs enfans fort haut : l'enfant venant alors à grossir, occupe un plus grand espace, presse sur l'estomac, le fait entrer en contraction, et procure le vomissement. On demande, 1°. pourquoi le vomissement, qui commence peu de temps après la conception, finit ordinairement vers le troisième ou le quatrième mois : il est aisé de répondre. C'est que, dans ce temps, l'enfant et le placenta deviennent plus gros, qu'ils absorbent plus de sucs, que les vaisseaux de la matrice se dégorgent, ne se trouvent plus tiraillés, ne procurent plus d'irritation à ce viscère ; d'où provenoit le vomissement : d'un autre côté, la matrice s'étant accoutumée aux irritations, aux tiraillemens qu'elle éprouvoit dans le commencement, devient moins sensible, et le genre nerveux n'est plus si vibratil.

2°. On demande pourquoi, dans une couche, une femme ne vomit pas, et qu'elle vomit dans une autre : cette diversité ne dépend que de la bonne ou mauvaise disposition de la femme ; il est hors de doute que la sensibilité n'est pas la même dans tous les temps.

Symptômes.

Ils sont fort simples : une femme grosse vomit, à propos de rien, une eau claire et insipide, ou bien quelques glaires, ou une eau jaune et amère,

ou même les alimens qu'elle prend : avec cela on peut juger du mal.

Diagnostic.

Il est aisé : on distingue le vomissement en essentiel ou idiopathique, et en symptomatique. Le premier diffère du second, en ce qu'il naît d'une cause inhérente à l'estomac, et qu'il est accompagné de fièvre, ou tout au moins de mouvemens fébriles ; on reconnoît aussi facilement s'il est excessif ou léger.

Prognostic.

Le vomissement léger qui vient dans les premiers mois n'est pas dangereux, et finit ordinairement de lui-même. Tous les accoucheurs ont observé que les femmes qui vomissoient dans le commencement de la grossesse se portoient bien à la fin, et accouchoient heureusement. En effet, le vomissement modéré débarrasse les premières voies de ces matières glaireuses et visqueuses qui résultent des digestions dérangées ; il détermine l'écoulement des matières fécales, de l'urine, et réveille la circulation. Il n'en est pas de même du vomissement violent et continuel : il produit bientôt l'avortement ; car la matrice, irritée et pressée de toutes parts, se contractant et se resserrant sur elle-même, produit bientôt ces accidens. En supposant,

que ces accidens n'aient pas lieu, le vomissement forcé a un autre désavantage. Les alimens sont obligés de passer de l'estomac dans les intestins, avant d'avoir été préparés dans ce viscère comme il convient; la bile et le suc pancréatique ne peuvent achever leur dissolution: de là, un chyle visqueux, mal travaillé, qui passera dans les deuxièmes voies, dans les vaisseaux lactés; de là, la saburre acrimonieuse dans les premières voies, qui, sans cesse irritant l'estomac et les intestins, entretiendra le vomissement, et produira le dévoiement. La mère alors tombera dans la maigreur; l'enfant sera petit, délicat, et vivra peu de temps.

Le vomissement qui vient immédiatement après la conception, ou quatre, huit, quinze jours après, finit communément vers le quatrième mois; celui qui vient dans le troisième, ira au sixième : car il dépend vraisemblablement de la pléthore, ou bien de ce que l'enfant prenant des forces, absorbe la surabondance des sucs. Il vient encore un vomissement vers le septième mois; celui-là ne cesse communement qu'après les couches. Ce vomissement vient pour l'ordinaire aux femmes qui portent leurs enfans très-haut et vers l'estomac; le viscère gêne, pour peu qu'il soit plein, s'irrite et se contracte pour rejeter ce qu'il contient. Le vomissement qui cesse au quatrième mois peut revenir au sixième.

Curation.

Quant au vomissement du premier temps, il ne demande qu'un exercice modéré, un certain régime de vie et de bons alimens. Celui du deuxième et du troisième demande beaucoup plus d'attention ; c'est lui qui occasionne l'avortement : or il y a deux traitemens à faire, celui du vomissement et celui de la saburre.

Pour remplir l'indication que nous présente le vomissement, on donne les remèdes toniques, l'eau de rhubarbe, la rôtie au sucre, les elixirs, les acidules minéraux ; les eaux minérales doivent être employées, et il faut rejeter les autres comme trop stimulantes. Mauriceau, d'après Liébeau, donnoit le vin d'Espagne avec le sucre. L'aphorisme d'Hippocrate, *vomitus vomitu curatur*, ne peut avoir lieu ici ; on en sent les conséquences.

Quant au traitement de la saburre, ou purge de temps en temps avec les doux amers, comme la rhubarbe, le rapontic, l'agaric, les follicules, les syrops de chicorée composés, et les fleurs de pêcher, les mirobolans, le méchoacan et les sels neutres, comme, par exemple, celui d'epsum, mais non pas celui de Seignette ; il a une amertume trop décidée : il faut toujours, autant qu'il est possible, purger en boisson. C'est une règle de purger fortement dans les pays chauds, et de donner les

minoratifs dans les pays tempérés : nous devons cette distinction aux Arabes.

Pour les pays tempérés, prenez feuilles orientales, deux gros ; rhubarbe choisie, un gros ; syrop de chicorée composé, une once ; sel d'epsum, un gros, pour une prise de potion purgative.

On peut ajouter dans toutes les médecines un peu de quinquina, ainsi qu'un peu d'eau de fleur d'orange, pour ôter le mauvais goût, et empêcher que les femmes ne les vomissent. Si la femme est constipée, on la prépare par quelques lavemens, faits avec le son ou la décoction de plantes émollientes, de tripes, ou l'eau pure simplement. Après qu'elle a été purgée, on lui fait prendre quelques amers légers, comme les apozèmes amers, le cachou, le café, la rhubarbe, à la dose de quinze grains ; on passe ensuite à quelques eaux ferrugineuses : si elles sont trop fortes, qu'elles enivrent, on les coupe. Les eaux de Vichi, auxquelles on ajoute quelques sels, sont fort bonnes ; on les préfère aux eaux ferrugineuses : on peut encore donner l'eau ferrée, et la femme doit prendre ces remèdes sans répugnance. Les Allemands donnent les pillules amères ; mais en France on se contente des remèdes que je viens d'indiquer.

Pendant ce temps, il faut observer un certain régime : il consiste à faire manger peu et souvent, à ne donner que des alimens de facile digestion.

Les alimens doux et sucrés ne valent rien ; ils font vomir et gâtent l'estomac. La boisson ordinaire, doit être l'eau ou le vin, une eau pannée, à laquelle on peut ajouter une cuillerée de vin d'Espagne, une teinture de rhubarbe, une eau rouillée, ferrée, qui se fait en y éteignant un fer rouge. L'air doit être pur, et la femme doit faire de l'exercice ; elle n'aura que des habillemens aisés, qui ne puissent faire aucune compression sur le corps. Si tous ces moyens ne réussisent pas, et que la femme vomisse encore, il faut tenter le lait coupé avec les eaux ferrugineuses ; on le donne à petits verres, c'est-à-dire, à petites doses, laissant des intervalles suffisans, afin qu'il passe mieux, et on le continue autant qu'il est possible : c'est un très-bon aliment ; il nourrit très-bien, et sert de remèdes. Il faut recommander à la malade, pendant qu'elle en fait usage, de ne faire que deux repas légers tous les jours, dîner à midi et souper légèrement.

Quant aux topiques, il n'y a pas d'inconvénient à faire des embrocations sur la région épigastrique avec l'huile de vers, un peu de baume tranquille ; car, chez les dames, il faut toujours ordonner quelque chose, si on ne veut pas passer pour un sot : mais on évitera toujours les choses fortes et odorantes. Il faut recourir à la peau du lièvre, qu'on fait appliquer sur la région de l'estomac : c'est un bon remède ; il arrête quelquefois le vomissement.

Les anciens se servoient de ventouses, faisoient même des scarifications : on a abandonné ces moyens, qui n'ont pas d'efficacité. Le docteur Smellie regarde la saignée comme le plus sûr moyen pour arrêter le vomissement ; et il a raison : c'est le moyen le plus prompt pour opérer la guérison ; mais il ne faut l'employer que passé le second mois, dans le courant du troisième, et la faire comme nous l'avons prescrit plus haut, c'est-à-dire, de deux palettes et demie tout au plus. Par ce remède, le vomissement cessera vraisemblablement. S'il revient vers le sixième ou septième mois, on mettra en usage le même traitement ; s'il résistoit à tous les remèdes prescrits, il faudroit laisser à la nature le soin de le terminer, et vraisemblablement il ne finira qu'après les couches.

Les antispasmodiques ne valent rien ; on observe qu'ils augmentent le mal : des femmes s'en sont délivrées en allant respirer l'air de la campagne : ainsi il faut les y envoyer. J'ai vu des femmes qui, accoutumées à vomir dans leur grossesse, passoient ce premier temps à la campagne, sans qu'il leur arrivât de vomir une seule fois : ces personnes n'étoient pas plutôt à la ville que le vomissement reparoissoit.

SECTION III.

Des diarrhées.

La diarrhée est une excrétion fréquente d'excrémens liquides, qui se fait sans douleur, par la voie des selles, et sans odeur ; elle diffère à raison de son intensité et de la nature des matières, ainsi que de leur consistance et de leur couleur. Si les déjections sont sanguinolentes et glaireuses, la diarrhée est dysentérique ; si elles sont blanches et chyleuses, la diarrhée est lienterique. Ces deux espèces sont rares dans la grossesse : assez communément, ce n'est qu'un dévoiement pur et simple. Cette maladie diffère encore à raison du temps où elle attaque la femme.

Causes.

Lorsque l'estomac est dérangé, il ne peut plus faire ses fonctions à l'ordinaire ; les digestions se trouvent perverties : de là il arrive que le chyle est d'une mauvaise qualité ; les matières deviennent âcres, piquantes et irritantes ; elles mordent le canal intestinal, le sollicitent à de fortes contractions. De cette contraction qu'éprouve la membrane interne des intestins, il pourra arriver inflammation, d'où la dysenterie prendra naissance. Si le chyle est mal digéré, il sera crud, et froncera les vaisseaux lactés, qui, pour lors, lui refusent le passage ordi-

naire ; et ne pouvant entrer dans les voies de la circulation, il sera déterminé à passer le long du canal intestinal, et produira la lienterie.

On voit, par ce que je viens de dire, que la cause prochaine sera l'amas d'une saburre âcre et irritante dans l'estomac et les intestins, qui les pousse à se débarrasser d'une matière qui les incommode ; la cause éloignée sera donc le vice des digestions : or la digestion se fait mal, parce que l'estomac est foible. Les alimens durs, lourds, cruds et de difficile digestion, peuvent encore y donner lieu ; la paresse de l'estomac sera donc la cause disposante : la pesanteur, la crudité des alimens, sont les causes déterminantes, très-éloignées.

Symptômes.

Ce sont ceux des dévoiemens, la fréquente envie d'aller à la garde-robe. La femme y va, en effet, très-souvent, et rend une matière stercorale très-délayée : si l'évacuation est copieuse, la femme est foible, ses forces l'abandonnent et elle maigrit.

Diagnostic.

Les signes sont aisés à connoître, parce que la malade nous en instruit. Les matières qu'elle rend sont ordinairement jaunes et liquides, ou du moins d'une consistance médiocre ; cependant elles sont assez bien liées, et ont une odeur puante. On distin-

gue facilement le dévoiement simple du dysenterique et du lienterique par la nature de ces matières, et par l'impression qu'elles font en passant.

Par l'inspection, vous verrez si elles sont gélatineuses et sanguines; alors le dévoiement sera dysenterique : si elles sont semblables à de la lavure de chair, de boyaux, ce sera la lienterie. Par l'impression qu'elles feront en passant et par leur couleur, on distinguera aussi la dysenterie et la lienterie du dévoiement simple.

1°. Dans la dysenterie, on rend toujours du sang, au lieu que dans le dévoiement on n'en rend pas.

2°. La dysenterie est toujours accompagnée d'un sentiment douloureux, d'un prurit, du ténesme et de la fièvre; on a des tranchées, qui précèdent la digestion, au lieu que le dévoiement n'est pas autrement suivi de fièvre, et n'est jamais accompagné de ténesme.

Il est aussi aisé de distinguer la lienterie de la dysenterie, parce que les matières sont blanches et chyleuses, et qu'elles viennent involontairement, parce que le chyle est tout de suite rejeté par la contraction des intestins. On voit, d'après ce que je viens d'exposer, qu'il est impossible de se tromper sur les différentes espèces de diarrhées.

Si le dévoiement prend d'abord après la conception, il dépend de la simple convulsion de l'estomac et des intestins; c'est le changement notable qui

arrive dans ces parties, qui le produit ; s'il ne prend que trois semaines ou un mois après, il reconnoît pour cause la saburre.

Prognostic.

Le dévoiement est plus ou moins dangereux suivant les accidens qui l'accompagnent. Si celui qui arrive peu après la conception et dans les premiers mois de la grossesse, est léger, qu'il ne fatigue pas les femmes, qu'il ne leur ôte ni l'appétit ni le sommeil, il doit être regardé comme de peu de conséquence ; il est plutôt un bien qu'un mal : aussi les femmes appellent-elles cela un bénéfice de la nature. Il est avantageux pour elles, à cause des mauvaises digestions qu'elles ont faites dans les premiers mois ; mais il est dangereux lorsqu'il est abondant, qu'il trouble le sommeil, et qu'il est accompagné de fièvre. S'il est dysenterique, précédé de tranchées, de vives douleurs, de ténesme, et qu'il dure long-temps, il est de conséquence, et peut produire l'avortement ; car l'enfant ne recevant plus de sucs, meurt d'inanition : d'ailleurs, les douleurs de colique qui ont lieu alors occasionnent des contractions dans les muscles abdominaux et dans la matrice, en vertu desquelles le placenta se détache : la circulation de la mère à l'enfant cesse ; la perte survient, et l'enfant sort après avoir perdu la vie. Cet accident est plus à craindre dans le quatrième

mois, parce que la matrice, déja distendue, donne plus de prise à la compression. Si ces accidens arrivoient au commencement de la grossesse, le prognostic ne seroit pas aussi fâcheux, parce que la matrice ne donneroit pas tant de prise : d'ailleurs, le fœtus n'a pas besoin alors de beaucoup de nourriture. Le ténesme est encore un accident très-fâcheux, comme le remarque Hippocrate, *aphorisme III, V^e livre*, où il dit. *Mulier, utero gerenti, si tenesmum superveniat, facit avortum :* la cure en est difficile.

Si le dévoiement prend immédiatement après la conception ; il cesse ordinairement vers le quatrième mois, parce que la matrice, l'estomac et les intestins s'accoutument à l'espèce de compression qui les a affectés : celui qui vient au troisième mois, va souvent jusqu'au cinquième, malgré les remèdes qu'on emploie ; s'il continue passé ce temps, il ne faut plus rien faire ; il ira jusqu'à l'accouchement, ne cessera même que deux ou trois jours après, et fera insensiblement périr la malade le neuvième ou le dixième jour, s'il vient à continuer le quatrième, comme le dit Hippocrate : ce fâcheux prognostic doit nous engager à tenter tous les moyens de remédier au dévoiement qui précède l'accouchement ; enfin, s'il prend le septième mois, et qu'il ne s'arrête pas dans le huitième, son prognostic sera aussi fâcheux que le précédent.

Quoique le flux de ventre, de quelque nature qu'il soit, mette les femmes en danger d'avorter, selon Hippocrate ; cependant j'ai vu des femmes grosses l'avoir continuellement, l'espace de deux ou trois mois, sans avorter. (Madame de Bausset, en Russie, l'eut pendant cinq mois de suite, avec de fortes coliques, et elle n'avorta point; sa couche même fut heureuse.) Hippocrate l'a vu aussi arriver à la femme d'Epicharmus, dont il fait mention aux V^e^ et VII^e^ livres des *Maladies*. Schenckius, au IV^e^ livre de ses *Observations*, fait mention d'une femme ayant dysenterie avec des râclures de boyau pendant quatre mois, qui, n'ayant pu être arrêtée, cessa d'elle-même dès qu'elle eut accouché d'un enfant bien portant.

J'ai accouché, moi-même, une femme d'un enfant à terme, qui se portoit assez bien, quoique la mère eût eu un flux de ventre pendant sa grossesse ; mais tous les exemples particuliers ne doivent pas dispenser ceux qui seront chargés de la conduite de ces malades, de faire tout ce qui convient pour éviter les accidens qui pourroient en résulter.

Curation.

Le dévoiement qui prend peu après la conception, et qui dépend de la matrice, demande peu de remèdes. On ne peut changer l'état de ce viscère ; il faut du repos, quelquefois de l'exercice : on

donne quelques stomachiques, pour distraire la femme pendant le premier et le second mois; le troisième mois arrive, et la maladie se termine d'elle-même.

Le dévoiement qui vient au troisième et quatrième mois demande toute l'attention du médecin; il dépend d'un amas de saburres dans les premières voies: l'indication est donc, 1°. de les évacuer, 2°. d'empêcher qu'il ne s'en forme d'autres. Les purgatifs remplissent le premier objet, les stomachiques le second. Nous observerons, avant de passer outre, que les émétiques, qui sont des remèdes assurés dans toutes les diarrhées ordinaires, nous sont absolument interdits à cause de l'état actuel de la femme et des accidens qu'ils occasionneroient.

La première chose qu'on doit faire est de régler le régime, de s'informer si la femme a mangé des drogues: on les défendra, et on ne permettra que de bonnes viandes, telles que celles rôties, par préférence aux autres, comme une aile, une cuisse de poulet rôti; on pourra même leur permettre quelques ragoûts, pourvu qu'ils ne soient pas trop épicés. Il faudra éviter, autant qu'il est possible, les alimens humides, et faire usage des alimens secs: ainsi les soupes, les laitages ne valent rien, non plus que les farineux non fermentés, parce qu'ils ont du visqueux et une colle, qui entretiennent le dévoiement; ainsi point de semoule

ni de vermicelle. Il y a des médecins qui conseillent le salep, la crême de riz, la corne de cerf : tout cela est nuisible. La gomme arabique rempliroit beaucoup mieux leurs vues : du pain sec, du poulet rôti et de petits cordiaux, valent infiniment mieux que toutes ces choses. La femme prendra de l'exercice, se couvrira médiocrement; la boisson sera une teinture de camomille ou une légère eau minérale. On pourra aussi lui faire prendre une légère teinture de rhubarbe et de rapontic, qu'on fait infuser la nuit sur les cendres chaudes : on prend de chacune de ces drogues un demi-gros; on lui en fait avaler pendant cinq ou six jours deux ou trois verres le matin à jeun, et même dans la journée. Je me suis bien trouvé de faire prendre en place une infusion de racine de patience sauvage avec quelques sels, comme d'Epsom ou de la Rochelle; on purge ensuite avec des purgatifs, tels que la rhubarbe, le catholicum double, etc. qui sont fort bons et amis de l'estomac. Cet article réglé, si la diarrhée est accompagnée de fièvre, on ordonne le soir un lavement, et le lendemain on purge. La douleur et la fièvre qui accompagnent ici la diarrhée n'exigent pas la saignée, à moins qu'il n'y ait une pléthore marquée et excessive. Les lavemens purgatifs ne valent rien, parce qu'ils portent trop sur la matrice, et qu'ils vuident trop l'estomac. Les purgatifs dont on doit user sont les

amers ; on fera donc entrer dans les remèdes les follicules, la rhubarbe, le syrop de noirprun, celui de prunier, le catholicum double et la poudre cornachine : on choisit parmi eux celui qui convient le plus.

Les choses varient suivant l'âge et le tempérament. Communément une seule purgation ne suffit pas ; on y revient trois ou quatre jours après. Pendant ce temps, on travaille à rétablir l'estomac : pour cet effet, on donne les bouillons légèrement amers, auxquels on a joint quelques grains de rhubarbe. On fait usage de doux confortatifs, tels que la thériaque, le diascordium, les fleurs de camomille, le café, le cachou ; les eaux minérales sont encore ici un très-bon remède. Les Allemands emploient, pour fortifier l'estomac, les pillules de Staal ; mais elles sont peu en usage parmi nous : nous aimons mieux nous servir du cachou, de teintures et de décoctions amères, de l'élixir de Garrus, à la dose d'une cuillerée chez les femmes pituiteuses ; mais on s'en sert rarement : les amers sont préférables. On tire beaucoup de profit du mêlange des absorbans avec les stomachiques ou amers. En effet, les vices de digestions ne peuvent avoir lieu sans qu'il n'y ait surabondance d'acide dans les premières voies. D'ailleurs, c'est presque toujours la saburre qui domine chez les femmes grosses : on emploie donc les yeux d'écre-

visse, le corail, les os calcinés et les coquilles d'huitres; les terres absorbantes, comme la terre sigillée, etc., le bol d'Arménie, l'antihectique de de Poterius, et toutes les autres drogues de ce genre; la dose ne doit jamais passer dix à quinze grains, de crainte de surcharger l'estomac : on les donne en bols; ils sont moins dégoûtans.

Quant aux astringens, leur usage ne doit avoir lieu que quand la diarrhée s'est montrée opiniâtre: on préfère alors les purgatifs astringens amers aux acerbes. Ces derniers irritent les solides, épaississent les fluides; ce qu'il faut soigneusement éviter. On prend l'écorce de simarouba, qui est fort vantée, sur-tout dans le flux dysenterique qui a résisté long-temps aux autres remèdes. On la donne à la dose de deux gros sur une pinte et demie d'eau en décoction, et on en donne trois verres dans le jour : on peut encore faire usage du pariérabrava; mais il ne faut qu'une légère teinture. On évite, et avec raison, les décoctions adoucissantes, comme l'eau de guimauve ou de bouillon-blanc, de feuilles de seigle, que certains auteurs recommandoient ; car ils entretiennent le dévoiement, loin d'y remédier : on peut encore se servir de quinquina. De légers narcotiques, les pillules de cinoglosse, le diascordium, les émulsions cuites ou simples, ont arrêté quelquefois des dévoiemens qu'aucun remède n'avoit pu guérir; mais il ne faut

jamais les donner dans les commencemens : cela est bon particulièrement pour les tempéramens secs. Quand une méthode ne réussit pas, on se jette d'un autre côté. Au moyen des remèdes que nous venons d'indiquer, la diarrhée s'arrête ordinairement, à moins que l'indocilité des femmes ne s'y oppose.

Section IV.

Des vents et coliques.

La colique est une douleur plus ou moins forte que les femmes éprouvent dans le bas-ventre: ainsi on appellera en général du nom de *colique* toute douleur qui se fera sentir dans la région du bas-ventre, soit que ce soit la colique ordinaire, ou la néphrétique, ou l'hépatique. Cet accident est la suite des mauvaises digestions; il a spécialement lieu dans le deuxième et le troisième mois de la grossesse, et a son siége dans l'estomac et les intestins. La colique peut être grave ou légère, permanente ou changeante; elle peut attaquer une femme forte et vigoureuse, et une femme foible et délicate, enfin elle peut durer plus ou moins de temps.

Causes.

La cause prochaine est le développement de l'air, qui ne peut s'échapper par les intestins : c'est ordinairement dans le colon que se trouve le siége

de cette maladie. Les causes éloignées sont les vices de digestion, lorsqu'elles dépendent, ou de la mauvaise qualité des alimens, ou de la débilité de l'estomac, ou même de tous les deux à-la-fois. En effet, les alimens qui restent trop long-temps dans l'estomac subissent un commencement de fermentation, ou, pour parler juste, de mouvement spontané, dont ils sont susceptibles : les végétaux s'aigrissent, et les animaux se pourrissent. Dans l'un et l'autre cas, il se fait un développement d'air très-grand, suite ordinaire de tout mouvement spontané. Cet air se raréfie bientôt par la chaleur du lieu ; et ne pouvant couler librement à travers le canal intestinal, parce que les intestins sont refoulés par l'élévation de la matrice, il sera obligé de sortir par l'orifice supérieur de l'estomac, et donnera des rapports ; il gonflera les intestins, les distendra de plus en plus, tiraillera leurs fibres, et les mettra dans un état prochain de rupture : ce qui cause la douleur de la colique. En outre, la saburre acrimonieuse, qui a lieu alors, coule dans le canal intestinal, l'agace, l'irrite, le dispose à la phlogose, et de cette double cause naissent les coliques dont nous parlons.

Le développement de l'air qui distend les intestins peut être porté bien loin, puisqu'il y a des substances végétales qui donnent, par leur fermentation, plus de sept cents pouces cubes au-

dessus de leur volume. Van-Swieten rapporte, dans ses *Observations*, qu'il a vu l'intestin colon dilaté à un degré si fort, qu'il causa la gangrene des extrémités inférieures. J'ai ouvert le cadavre d'un procureur ; j'ai trouvé le colon plus gros que la cuisse, depuis la région hypogastrique droite, jusqu'à la région épigastrique du même côté.

Symptômes.

Quand une femme souffre des douleurs, tantôt en haut, tantôt au bas du ventre, tantôt sur un côté, tantôt sur un autre ; que le pouls n'est pas tendu, qu'elle n'a pas de soif, et que son sommeil ne se trouve pas troublé, il y a tout lieu de croire que la colique est dans les intestins.

Voici comment cette colique commence. La douleur se fait sentir, en premier lieu, dans l'estomac ou l'épigastre, puis dans la région ombilicale, tantôt d'un côté, tantôt d'un autre, et se termine assez volontiers par un léger dévoiement : mais lorsque les douleurs sont aiguës, permanentes, et accompagnées de quelques accidens, comme insomnie, fièvre, chaleur, vomissement, nausées, etc., cela est différent, et mérite quelque attention, afin de pouvoir bien distinguer quelle est la partie souffrante : c'est ce que le diagnostic va nous apprendre.

Diagnostic.

Quant aux signes diagnostiques, on n'en a pas pour pouvoir distinguer si la colique est venteuse ou si elle est produite par la saburre acrimonieuse : au reste, il n'y a pas grand mal, la cure étant absolument la même.

On croit que la colique est dans les intestins lorsqu'elle vient dans les trois premiers mois de la grossesse, et que les douleurs varient et se font sentir tantôt d'un côté, tantôt de l'autre.

Le temps contribue à fixer nos idées dans le diagnostic. Si la colique commence dans l'estomac, et qu'elle ait été précédée ou accompagnée de nausées, de vomissemens ; que la langue soit chargée, que cette douleur ait ensuite passé à l'épigastre, et qu'il soit survenu des excrémens après la douleur, il n'y a nulle doute que ce ne soit la colique intestinale.

Dans la colique néphrétique, la douleur est toujours fixe et lancinante dans les lombes ; les urines ne coulent pas, ou rarement, et la douleur s'étend jusqu'aux cuisses, à cause de la compression des reins sur les nerfs lombaires ; il y a tiraillement dans les reins, dans les ligamens ronds, dans les cuisses, dans les aines. Lorsque ces symptômes existent, et que le malade ne rend pas l'urine, ou en très-petite quantité, on ne peut pas confondre ces douleurs avec

les engourdissemens, tiraillemens des cuisses, douleurs aux aines, qui viennent à la fin de la grossesse, par la pression de la matrice sur ces parties, avec cette colique, puisque, dans ce cas, les urines coulent; et il n'y a pas de fièvre: au lieu que dans la colique il y a fièvre, et on ne rend pas, ou du moins on rend très-peu d'urine: voilà le signe pathognomonique le plus sûr.

Dans l'hépatique, la douleur a son siége dans la région hypocondriaque droite, c'est-à-dire, au foie et au scrobicule du cœur; c'est une preuve que l'intestin y a part, et le petit lobe du foie: on sent une chaleur à la paume de la main. Dans les deux cas, il y a fièvre; au lieu que dans la colique intestinale il n'y en a pas, à moins que l'intestin ne soit pressé, étranglé, et enflammé par quelque endroit. Dans ce cas, il y a douleur lancinante, fièvre; le poulx est petit et concentré; mais cette concentration vient de l'extrême ténuité du canal intestinal.

Prognostic.

Le mal n'est pas dangereux tant que les douleurs sont médiocres; mais si elles sont extrêmement fortes, qu'il y ait fièvre, concentration dans le pouls, insomnie, c'est autre chose: on doit alors craindre l'inflammation des intestins et l'avortement; cet accident est cependant rare. Ainsi, on

peut dire, en général, que les coliques des intestins sont rarement dangereuses ; la nature s'en débarrasse d'elle-même : un dévoiement survient et emporte cette maladie. Il n'en est pas de même des coliques hépatiques et nephrétiques, et de l'étranglement de l'intestin dans quelques points du ventre. Il est très-difficile de remédier à ces sortes de cas, parce que tous ces accidens viennent de la distention de la matrice, et il n'y a guère que l'accouchement qui puisse guérir ces sortes de maladies.

Curation.

Ou la femme souffre actuellement, ou elle craint de nouvelles douleurs : dans le premier cas, il y a cure de l'accès, dans le second, il y a cure de la maladie.

1°. La femme souffre beaucoup actuellement : que faire ? Si on a connu que c'étoit des vents, il faut ordonner des frictions sèches sur le ventre, avec une serviette chaude : cela dégage singulièrement les intestins, et on donne un ou deux clystères avec l'eau simple, ou avec le son ou l'eau de tripes. Pour boisson, on donne une légère infusion de plantes carminatives, telles que celles de céleri, de carvi et d'anis : ces infusions n'ont précisément que l'action nécessaire pour débarrasser les intestins. Il faut éviter les élixirs carminatifs, faits avec les mêmes plantes, parce qu'ils échauffent trop, et produisent

produisent phlogose au canal intestinal, qui n'est déja que trop exposé. Par les mêmes raisons, on rejette les ratafias, les liqueurs aromatiques. Si le développement de l'air vient à la suite d'indigestion, on donne abondamment les plantes amères, beaucoup de thé léger; ensuite on fait prendre quelques doux laxatifs et quelques légers stomachiques; mais il ne faut jamais ordonner les stomachiques qu'après avoir placé les laxatifs : on commence à les donner liquides, puis en substance. Dans ce pays, on donne pour doux laxatifs un peu de casse cuite, le soir, à la dose de deux ou trois gros environ. Ce remède travaille la nuit, débarrasse très-bien l'estomac, et réussit à merveille : on en donne de deux jours l'un, pendant dix ou douze jours. Si la femme étoit vaporeuse, ce qui est très-rare parmi celles qui sont fort grasses, la casse cuite ne conviendroit pas. On donne enfin les eaux minérales pour réveiller les digestions. Si elles ne purgent pas, on les aiguise avec quelques sels : cette manière de faire est très-bonne. Si, malgré tout cela, la femme souffre horriblement, pour lors il est certain qu'il y a plus d'acrimonie que de vents : on se comporte en conséquence, et on donne des lavemens avec la casse dissoute dans une décoction de mercuriale, ou dans une eau de son. On fait boire abondamment les infusions de fleurs pectorales, parce que le mucilage fin et ténu qu'elles contiennent émousse

l'humeur acrimonieuse qui entretient la colique.

Si la douleur persiste encore après ces remèdes, quelques praticiens conseillent l'opium ; mais son usage doit être interdit pendant tout le temps de la grossesse, et d'ailleurs il n'ôteroit pas la cause du mal; au contraire, il reviendroit bientôt après avec plus de violence. Il faut donc, dans ce cas, avoir recours aux purgatifs, comme les meilleurs remèdes; il faut que les douleurs que ressentira la femme nous fassent craindre de mauvaises suites : elles augmentent, à la vérité, dans ce moment; mais aussi, après son action, elles cesseront entièrement. C'est d'un purgatif moyen dont il faut se servir, quoiqu'il paroisse contre-indiqué par la tension des fibres; un fort nuiroit, et un foible ne conviendroit pas, parce qu'il ne feroit que glisser sur les matières, et ne procureroit aucune évacuation. Mon expérience m'a fourni des preuves bien satisfaisantes de l'efficacité des purgatifs moyens dans ce cas.

2°. Quant à la cure prophylactique, on y travaille dès que le paroxysme est passé. Pour cet effet, on rétablit les forces digestives par les teintures et les infusions amères ; on continue à évacuer la saburre; on prévient le mouvement spontané dans les digestions ; en un mot, on se comporte comme nous l'avons indiqué.

Il y a des gens qui sont d'un tempérament fort échauffé : alors la colique dépendant de la chaleur des entrailles, le petit lait aiguisé réussit fort bien, ou les bouillons laxatifs et rafraîchissans, faits avec le nénufar, la bourrache, la buglose, la scolopendre : souvent le simple nitre, dans de l'eau, remplit la même indication ; ensuite on revient aux stomachiques rhabarbarins, si les laxatifs ne suffisent pas.

J'ai vu des femmes enceintes être attaquées de la colique pour s'être exposées au froid. La cause venant d'un défaut de la transpiration, il faut frotter le ventre avec des serviettes chaudes, et les coucher dans un lit bien échauffé. On leur donne du vin et du sucre, un peu d'eau de fenouil ou d'anis, avec modération.

Quant aux coliques hépatiques et néphrétiques, on les traite comme en tout temps, en évitant seulement les émétiques, les forts purgatifs et les bains. Il faut saigner brusquement, faire les saignées, l'une près de l'autre, de quatre heures en quatre heures : on tire une palette et demie de sang, même deux, suivant la force de la femme. Il faut faire coucher la malade sur le côté opposé à la douleur, car la matrice pèse sur les reins, douloureux dans cette colique ; on prescrit des lavemens avec le bouillon de tripes et les autres émolliens ;

un quart-d'heure après, un autre lavement, que l'on fait garder autant de temps qu'il est possible ; il sert de bain intérieur.

On prescrit des laxatifs, comme bouillon blanc, petit-lait, l'eau de riz, d'orge, des émulsions de temps en temps. On aura soin de ne leur en donner que peu à la fois, d'heure en heure, ou de deux heures en deux heures. Par cette façon d'agir, les boissons ne donnent pas envie de vomir, passent facilement par les couloirs, et entretiennent une humectation continuelle.

Si on donne ces boissons trop abondantes, les femmes ont des nausées, des vomissemens, et l'estomac se trouve délabré. Comme il faut soutenir aussi en même temps, on donne des bouillons de poulet perlés, ou avec des amandes orgées, du riz à moitié cuit.

Dans la néphrétique, on emploie avec succès, après la détente, de légers stomachiques amers, telle que la décoction de la pariérabrava dans du petit-lait, à la dose d'une demi-drachme, et en augmentant peu à peu jusqu'à deux. Cette décoction est amère, stomachique et diurétique : on peut donner aussi de légers diurétiques, comme le sel de nitre.

Dans la colique hépatique, il faut revenir plus souvent aux laxatifs ; et on peut même donner, après la détente, un peu de diacode, au lieu qu'il

n'en faut pas donner dans la néphrétique, à moins qu'elle ne soit violente.

Enfin, dans les étranglemens d'intestins, les remèdes sont les mêmes que dans la néphrétique : les saignées, les relâchans, les émolliens, les embrocations de flanelle, trempées dans la décoction émolliente, les cataplasmes faits avec le lait, la mie de pain et le populeum : une vessie de cochon à moitié pleine de lait chaud, qu'on applique sur l'endroit douloureux, est encore un très-bon remède ; enfin, on tâche de faire rentrer les descentes pendant la saignée : ce moyen m'a quelquefois réussi.

SECTION V.

De l'odontalgie.

L'odontalgie est une très-vive douleur de dent, que la plupart des femmes ressentent vers le troisième ou le quatrième mois de leur grossesse. Ce mal peut être grave ou léger ; essentiel, s'il dépend d'une dent cariée ; symptômatique, si la dent est saine.

Causes.

La cause prochaine est une irritation, un agacement immédiat sur les nerfs des dents : or cette irritation peut être produite par une dent cariée, et en cela la cause éloignée est évidente.

On verra aisément que c'est l'impression de la dent sur les nerfs qui cause la douleur ; ou bien elle peut n'en pas dépendre, la dent étant très-saine. Dans ce cas, l'irritation est causée par des sucs dépravés, qui résultent des mauvaises digestions ; ces sucs circulent dans la masse du sang, produisent une humeur âcre, qui se porte sur la dent, et donne lieu à la douleur. Mais comment cette humeur reflue-t-elle vers la dent affectée ? le voici. Le reflux se fait en vertu de la compression que fait la matrice sur les artères iliaques ; pression qui oblige une plus grande quantité de sang à remonter vers les parties supérieures : d'où suit une pléthore particulière à la tête, qui donne lieu à des accidens, ainsi que nous le verrons par la suite.

Symptômes.

Ils sont évidens : si la femme souffre beaucoup, il y a insomnie, inappétence, mal de tête, etc.

Diagnostic.

Il est fort clair et s'établit facilement ; il s'agit de savoir si la dent est cariée ou saine.

Prognostic.

Le mal est fâcheux, non en lui-même, mais par rapport aux accidens qu'il cause. Si la douleur

est légère, et qu'elle ne soit suivie d'aucun mauvais accident, le mal est de peu de conséquence; mais si la douleur est aiguë, elle ôte le sommeil, produit la fièvre, cause des nausées, l'inappétence, dérange les digestions chez les femmes délicates. Cet accident est de très-grande conséquence, et est le prélude de l'avortement: alors il mérite une attention scrupuleuse de la part du médecin.

Curation.

Ou la dent est gâtée, ou elle est saine. Si elle est cariée, il faut la faire arracher, pourvu cependant que la femme soit forte et vigoureuse; mais si la femme est délicate, foible, peureuse, qu'elle ait le genre nerveux d'une extrême délicatesse, il vaut mieux qu'elle garde sa dent, et lui faire dégorger la gencive, en cas qu'elle soit gonflée: sans cela, la malade tomberoit en syncope, ou bien il lui surviendroit des convulsions qui conduiroient à l'avortement. On a nombre d'exemples d'hommes qui sont entrés en convulsion en leur arrachant une dent: qu'une femme de cette complexion patiente jusqu'à ce qu'elle soit accouchée; en attendant, on donne des remèdes pour appaiser la douleur et engourdir le nerf. Pour cet effet, on introduit dans le creux de la dent un demi-grain d'opium, et afin que la malade ne l'avale pas, on le

recouvre avec un peu de coton ; on plombe la dent, si on peut : on se sert encore de l'encens, des cloux de girofle, de muscade et de l'eau-de-vie camphrée, etc. On fait des embrocations sur les joues avec quelques huiles ; on fait une petite saignée. Ces moyens sont de peu de valeur ; mais on conserve la dent, et c'est beaucoup pour une femme. Les narcotiques sur-tout, pris intérieurement, doivent être interdits : on peut cependant s'en servir comme topique dans ce cas ; mais il faut faire en sorte qu'il n'en passe pas dans le sang : pour cet effet, on prendra la précaution que j'ai indiquée plus haut.

Si la dent n'est pas gâtée, et qu'on soit au troisième ou quatrième mois, il faut saigner du bras ; c'est le moyen le plus sûr : il faut prescrire une diète tempérante, et donner des délayans pour adoucir l'acrimonie. On conseille l'application de quelques vésicatoires à la nuque : les femmes le feront, si elles veulent ; on procure par ce moyen une légère révulsion, et on entretient la suppuration avec le basilicum : il ne faut pas appliquer un vésicatoire trop large.

Il y eut une femme à qui la tête devint monstrueuse par l'application d'un vésicatoire un peu trop large ; il fallut la saigner du pied : ainsi il faut prévenir ces accidens, et les médecins doivent bien réfléchir avant de les faire appliquer ; et si c'est une femme

pléthorique, il faut avoir soin de faire précéder une saignée : on fait mâcher de la racine de pyrèthre, d'iris, de réglisse ou même du tabac, pour exciter une évacuation copieuse de salive; enfin on purge pour évacuer par le bas l'acrimonie qui cause cette douleur.

SECTION VI.

Des vertiges, maux de tête, bluettes, étourdissemens et affections comateuses.

Ces accidens arrivent quelquefois à la fin du troisième mois, au commencement ou à la fin du quatrième : ils sont alors peu de chose; ainsi nous n'en parlerons qu'en passant, pour en traiter spécialement quand nous serons aux maladies des femmes dans les trois mois du milieu de la grossesse. Ils annoncent les maux les plus terribles de tous ceux dont les femmes grosses peuvent être attaquées; c'est le coup de sang ou l'apoplexie sanguine, qui tuent en moins d'une demi-heure.

Ces accidens, dans le troisième mois, sont donc de peu de conséquence; mais il ne faut pas les négliger : une ou deux saignées peuvent les faire disparoître. On prescrit un régime convenable pour diminuer la quantité générale du sang; on conseille à la femme de ne pas se coucher sur le dos, mais sur l'un ou l'autre côté alternativement, afin qu'il

y ait toujours une des deux artères iliaques libres, pour que la circulation puisse se faire. Par là, on empêchera la pression que la matrice pourroit faire sur les iliaques, d'où il s'ensuivroit que le sang ne couleroit pas librement dans les parties inférieures, et seroit contraint de refluer vers la tête.

ARTICLE II.

Des maladies qui se manifestent dans les trois mois du milieu de la grossesse.

Les maladies que nous allons décrire sont d'une nature différente ; toutes dépendent de la pression que fait la matrice sur les vaisseaux sanguins, aussi bien que sur les nerfs qui marchent à la surface interne du bassin. Ce viscère, passé les trois premiers mois, s'élève insensiblement hors du petit bassin, dont il remplit presque toute la cavité, et gêne singulièrement les parties voisines. Les choses étant ainsi, il doit y avoir un grand obstacle à la circulation, du côté des extrémités inférieures. Ce n'est pas seulement l'affluence du sang qui est gênée, son retour l'est encore davantage ; ce qu'on concevra, si on fait attention à la force contractile qu'ont les artères, et dont les veines se trouvent entièrement privées.

La matrice, outre les maladies auxquelles elle est exposée dans ce temps, à raison de son gonfle-

ment et de la pression qu'elle exerce sur les nerfs et les vaisseaux, en occasionne encore d'autres à raison de sa position; car cette position n'est pas la même chez toutes les femmes : elle se jette tantôt d'un côté, tantôt d'un autre, quelquefois en devant, quelquefois en arrière. Ces différentes positions de la matrice sont ses différentes obliquités. Nous en parlerons dans le temps avec toute l'attention qu'exige un sujet aussi important. Or si, pendant les trois premiers mois de la grossesse, les maladies dérivent de l'affection des nerfs et des vices de l'estomac, les mêmes maladies, dans les trois mois du milieu de la grossesse, ainsi que dans les trois derniers, dérivent toutes de la pression que fait la matrice sur les vaisseaux sanguins et sur les nerfs. Tels sont l'insomnie, les douleurs dans les reins, les aines, les cuisses, les douleurs des mamelles, la dyspnée, la toux, l'hémoptysie, les palpitations, les douleurs de tête, les vertiges, les étourdissemens, les bluettes, les coups de sang.

De l'insomnie.

On pourroit diviser les maladies du milieu de la grossesse en deux classes : 1°. en légères, 2°. en celles qui sont graves. Les maladies légères sont les insomnies, la toux, le crachement de sang, les douleurs des mamelles, des cuisses, des aines, des reins, etc.

L'insomnie est cet état dans lequel les femmes grosses sont privées de sommeil, et sont dans une veille et une agitation perpétuelles.

Cette incommodité peut être naturelle ou accidentelle ; elle peut encore être grave ou légère, durer peu ou long-temps, fatiguer beaucoup certaines femmes, et faire peu d'impression sur d'autres.

Causes.

La cause prochaine est un mouvement irrégulier et désordonné de l'esprit animal dans ses tuyaux. Qu'est-ce qui produit ce cours irrégulier ? Tout ce ce qui pourra ébranler les fibrilles nerveuses sera la cause disposante et éloignée de cet accident. De ce nombre sont, la sensibilité augmentée, la tension plus considérable des fibres, et la diversité des tempéramens. Les causes déterminantes sont, les ragoûts épicés, les liqueurs spiritueuses. Mais principalement la pléthore générale ou la particulière dépendant de la pression de la matrice sur les artères iliaques, le sang, gêné dans les vaisseaux artériels, reflue vers les parties supérieures ; les nerfs se trouvent agacés, irrités ; le cours de l'esprit vital devient plus vif ; il se porte irrégulièrement aux parties : de là les agitations, la mauvaise humeur, l'insomnie, et autres effets que nous allons détailler.

Symptômes.

Les femmes sont prises de mauvaise humeur, un rien les irrite; elles ne dorment pas le jour, et presque pas la nuit; l'enfant se remue fréquemment et paroît inquiet et mal à son aise. Si cet état dure, l'appétit se perd, les forces s'abattent, le ventre diminue, l'enfant ne se meut plus; il est comme accablé; les digestions sont dérangées.

Diagnostic.

Il est très-facile, car on connoît aisément l'insomnie; d'ailleurs la femme en instruit.

Prognostic.

L'insomnie légère est peu de chose; mais portée à un plus haut degré, c'est un mal très-fâcheux; il donne lieu à une foule d'accidens; il est encore plus fâcheux, si la femme est foible, délicate et sensible.

Curation.

La cause de tous ces maux est la pléthore; il faut donc la diminuer: on a aussi égard à l'ébranlement des nerfs. Pour remplir ces deux objets, on recommande à la femme un exercice assez fort pour la fatiguer, et le reste du temps beaucoup de tranquillité. On diminue aussi l'abord du sang

à la tête par la saignée : on saignera donc du bras, et on y reviendra, si la femme est forte et robuste. Un moyen de rappeler le sang de la tête est le bain d'eau chaude aux pieds ; on fait prendre, dans la même vue, des lavemens d'eau pure, ou avec la décoction de mercuriale, pariétaire, séneçon, violette. Si la femme est constipée, comme c'est l'ordinaire dans l'insomnie, le soir, on donnera quelques émulsions, ou une légère teinture de pavot, avec le syrop de diacode ou de carabé. On évite avec grand soin les narcotiques décidés. Il faut en même temps être très-réservé sur l'usage des émulsions, car elles gâtent l'estomac. Enfin la femme doit peu manger, être habillée à son aise, pour éviter la compression sur le tronc inférieur de l'aorte. Quelquefois, vers le milieu de la grossesse, une saburre est cause de l'insomnie ; il y a constipation : alors les lavemens ont le plus grand succès. Il faut seulement déterminer les matières en bas, par le moyen de légers laxatifs ; on peut même faire une saignée. Le purgatif est ici le véritable remède. On est étonné de la promptitude du retour au sommeil, qui en est la suite.

Observations.

J'ai remarqué que l'insomnie ne guérissoit quelquefois qu'après l'accouchement, que souvent un saignement de nez guérissoit ces femmes. Il ne faut

cependant pas négliger ce petit article, quoiqu'il paroisse de peu de conséquence dans son principe, parce, que si la femme restoit long-temps sans dormir, l'insomnie pourroit avoir des suites fâcheuses. De plus, il y a à observer que les saignées, dans ce cas ainsi que dans les maux de tête, ne font que calmer, mais ne guérissent pas; que par conséquent il ne faut pas en attendre tout le succès qu'on pourroit en avoir dans tout autre cas. Je préfère le petit lait nitré, ou coupé avec quelques eaux minérales. J'ai donné avec succès deux parties de lait sur une partie d'eau de Passy.

SECTION II.

Des douleurs dans les reins, les aines et les cuisses.

Ces douleurs ont lieu dans les trois mois du milieu de la grossesse, et attaquent spécialement les femmes grosses pour la première fois, parce qu'alors les parties sont peu accoutumées à être tiraillées; et ce tiraillement cause une douleur considérable : mais quand une fois toutes les parties qui servent à la génération et à l'accouchement ont prêté, elles ne sont plus si sensibles. Elles se supportent avec plus de facilité et moins de douleurs dans le deuxième, troisième et quatrième accouchement. Or les douleurs dont il s'agit peuvent être légères, sup-

portables, graves et fatigantes. Elles diffèrent encore à raison du lieu qu'elles occupent : elles peuvent attaquer les aines, les reins, les cuisses ; elles peuvent être essentielles ou symptômatiques : essentielles, si elles dépendent d'un vice dans les reins, par exemple, phlogose, gravelle, etc. : symptômatiques, si elles sont l'effet de la grossesse.

Causes.

La cause prochaine est le tiraillement de toutes les parties voisines de la matrice ; l'état de pléthore où se trouvent ces mêmes parties.

1°. Les douleurs des aines reconnoissent pour cause prochaine le tiraillement des ligamens ronds et antérieurs de la matrice : on sait qu'ils prennent leur origine des parties latérales et antérieures de ce viscère, et qu'ils vont se perdre dans l'aine en s'y épanouissant.

2°. Les douleurs des reins dépendent des ligamens ronds postérieurs de la matrice, que je crois avoir découverts et démontrés le premier. Ils prennent leur origine des parties latérales et postérieures du corps de la matrice, et vont se terminer vers la première vertèbre lombaire et le bord arrondi de l'os sacrum. La cause de ces douleurs peut être essentielle ou symptômatique : essentielle, si elle vient d'un vice dans les reins ; de la néphrétique ou symptômatique, si elle vient de la grossesse.

On

On entend par douleur de reins, non une affection aux viscères appelés *reins*, mais une douleur aux lombes. Avant la découverte de ces ligamens, on assignoit pour cause de la douleur des reins la compression exercée sur les urétères par la matrice : de là la difficulté de la descente de l'urine dans la vessie, et en conséquence une accumulation d'urine dans les reins. Cette cause, il est vrai, peut entrer pour quelque chose dans les douleurs que les femmes éprouvent vers les reins ; mais ce n'est pas la principale : elle consiste sur-tout dans les tiraillemens des ligamens ronds postérieurs. Mais d'où vient ce tiraillement ? de ce que la matrice étant hors du petit bassin, son fond se portera en-devant et son orifice en arrière : or son fond ne pourra être porté en-devant, que les ligamens ronds postérieurs, qui le retiennent en arrière, ne soient alongés et tiraillés, comme il est aisé de le concevoir. Ainsi la douleur de reins peut être rapportée au tiraillement des ligamens ronds postérieurs de la matrice, et à la compression qu'exerce ce viscère sur les urétères, et non aux ligamens larges, comme l'ont écrit quelques-uns.

Le docteur Mauriceau parle de la rupture des ligamens comme d'un accident ordinaire ; il prétend que cela vient du tiraillement excessif de ces parties ; il cite même la femme d'un de ses parens, à qui cela est arrivé, et dit qu'elle est

bien heureuse que la nature l'ait ainsi servie : il a bien raison, car cela est rare et bien dangereux ; je crois le fait presqu'impossible, et j'assure qu'il ne peut arriver sans qu'il vienne des dépôts, qui mettent la femme dans un danger évident de perdre la vie. J'attribue le craquement que Mauriceau prétend venir de la rupture des ligamens, à une forte compression de la matrice sur le placenta, qui se détache, et occasionne la perte qui succède à une pareille compression.

3°. Les douleurs des cuisses sont les moins vives de toutes, et ne se font guère sentir que quand les femmes montent. Ces douleurs reconnoissent pour cause prochaine la pression de la matrice sur les muscles psoas et sur les nerfs lombaires. On doit se rappeler que la première paire lombaire descend à travers le psoas pour venir se distribuer aux muscles moteurs de la cuisse : or, ce nerf comprimé, l'esprit animal ne pourra passer dans ces muscles ; il se fera donc irritation, tressaillement et douleur.

Les causes éloignées de ces douleurs sont le gonflement et l'élévation de l'utérus ; car, dans le premier cas, la matrice tiraille les ligamens ronds antérieurs ; dans le second, les ligamens ronds postérieurs, et produit les douleurs des aines et des reins. La cause de ces douleurs vient encore de la mauvaise façon dont les femmes s'habillent,

de la quantité de jupes qu'elles portent, et qui sont très-pesantes; tout ce poids se porte sur le ventre, et en tiraille les ligamens : aussi, observera-t-on que dans l'hiver elles se plaignent plus que dans l'été, et cela parce que dans cette saison elles se mettent à la légère; on doit donc conseiller à ces femmes d'attacher leurs jupons avec des cordons, et de les tenir lâches, car les trois quarts des douleurs de reins viennent de là.

Symptômes.

Les femmes sont indolentes, paresseuses, ne peuvent marcher ni monter : quand elles se mettent à genou les douleurs se réveillent; lorsqu'elles veulent se relever, elles sont encore plus grandes; elles causent quelquefois la fièvre, interrompent le sommeil, et dérangent les digestions.

Diagnostic.

Il est facile; la femme même instruit de son mal. La douleur de reins peut être essentielle ou symptômatique, en s'informant de la malade si elle n'a pas eu des douleurs néphrétiques avant sa grossesse, si ses parens ont été attaqués de la gravelle ou de la pierre, si la douleur est continuelle et sans interruption, si l'on trouve du sable et du gravier dans les urines, si elles sont teintes de sang, enfin, si les douleurs lui occasionnent le vomissement. Après

tous ces symptômes, il y a lieu de croire que la douleur dépend d'un vice dans les reins. On connoîtra que la douleur est symptômatique, si elle est continuelle, et si les urines ne déposent pas de gravier. Alors vous avez tout lieu de soupçonner que c'est la pression que produit la matrice sur les uretères qui les cause. Si, au contraire, il y a interruption dans les douleurs, qu'elles diminuent, ou qu'elles cessent quand la femme est accouchée, on peut présumer qu'elles viennent du tiraillement des ligamens ronds postérieurs de la matrice.

Prognostic.

Si les douleurs sont légères et supportables, elles n'ont rien de fâcheux; mais si elles sont vives et longues, qu'elles produisent concentration dans le pouls, elles deviennent d'une grande conséquence par rapport aux maux qu'elles peuvent causer: ce sont les douleurs des reins qui produisent cet effet. Lorsque ces douleurs dépendent de la phlogose du rein, elles sont encore plus dangereuses, parce que le vomissement qui suit dans cette maladie, peut produire l'avortement.

Curation.

Les tiraillemens des ligamens de la matrice et la pléthore sont la cause de la maladie: l'indication est donc de diminuer l'un et l'autre. On diminue le

tiraillement en prescrivant à la femme de se coucher tantôt d'un côté, tantôt de l'autre : par là on donne du repos aux ligamens d'un côté, qui dans ce temps sont relâchés. On remédie à la pléthore en saignant du bras, et on y revient plusieurs fois, si la femme est vigoureuse : les adoucissans et les lavemens émolliens font aussi beaucoup de bien ; ils humectent, imbibent et relâchent toutes les parties trop tendues qui environnent la matrice : les purgatifs ne font rien ici. Si ces moyens ne réussissent pas, on peut donner de légers narcotiques, avec beaucoup de circonspection. Si tous les remèdes sont inutiles, on prescrit quelques remèdes légers, pour gagner le temps de l'accouchement, qui approche insensiblement, après lequel toutes les douleurs se terminent d'elles-mêmes.

SECTION III.

Des douleurs des mamelles.

Avant de parler de la douleur que les femmes ressentent aux mamelles vers les cinq ou sixième mois, il est bon de savoir, 1°. que le sein se gonfle vers le commencement de la grossesse ; 2°. que le gonflement des mamelles augmente dans le troisième et le quatrième mois, et que les femmes y sentent plus de chaleur ; 3°. que vers le cinquième ou sixième mois, le sein, étant beaucoup plus gonflé, produit

des douleurs légères, dans les unes, accompagnées d'un petit mouvement dans le pouls, mais, dans d'autres, de douleurs qui sont quelquefois si vives et si fortes, qu'elles ont assez souvent toutes les peines du monde à les supporter, d'où il suit une bonne fièvre; 4°. que ces douleurs peuvent attaquer une femme vigoureuse comme une foible.

Causes.

La cause prochaine est la pléthore particulière du sein : cette pléthore dépend du reflux du sang, qui se fait de la matrice vers les mamelles par la pression de ce viscère sur les artères iliaques. Le sang se porte d'abord, par la souclavière et la carotide, à la mammaire interne : c'est alors que la femme se plaint d'une espèce d'engourdissement dans les bras, les mains et les jambes.

La cause éloignée du mal est l'élévation de la matrice et sa dilatation. Ces douleurs ont ordinairement lieu chez les femmes sanguines, grasses, pléthoriques, qui, avant leur grossesse, avoient l'écoulement des règles abondant.

Symptômes.

Le sein se tuméfie, se gonfle, devient douloureux, s'échauffe; le pouls est plus vif; on sent une chaleur par tout le corps : d'où suivent la perte de l'appétit, l'insomnie.

Diagnostic.

A ces effets on l'établit facilement.

Prognostic.

Les douleurs n'ont rien de fâcheux, et ne causent jamais des accidens graves.

Curation.

Ce mal venant du regorgement du sang de la matrice vers les mamelles, les moyens sont à peu près les mêmes. L'exercice convient dans ce cas; les rafraîchissemens, les délayans et les lavemens sont bons, sur-tout si la femme est constipée : une ou deux saignées et la diète blanche conviennent aussi ; de légers narcotiques pourroient être employés, mais cependant avec prudence.

Ne pourroit-on pas mettre quelque chose sur le sein ? Il faut prendre garde à cet accident, qui arrive moins rarement chez les femmes qui se serrent le sein, en s'écrasant la poitrine et le ventre pour empêcher qu'on n'apperçoive leur grossesse. Je ne veux cependant pas dire que les femmes qui se mettent trop à l'aise soient exemptes de ces accidens ; mais ils sont plus rares. Les personnes qui se serrent beaucoup pendant la grossesse et qui ne veulent pas nourrir après être accouchées, sont sujètes à avoir des inflammations au sein; le

lait se grumèle, et souvent le skirrhe et le cancer succèdent.

Quant à l'application de quelques topiques sur le sein, on emploie l'édredon, le coton ou un peu de filasse légère et fine; des gens prétendent qu'elle est résolutive : d'autres frottent le sein avec l'huile de camomille; mais il faut éviter les cataplasmes et les emplâtres : chez les personnes moins délicates, c'est de tenir les parties à l'aise, de soutenir le sein chaudement; rien de plus.

Section IV.

De la dyspnée.

C'est une difficulté de respirer qui attaque les femmes grosses, et qui se fait particulièrement sentir le cinquième ou le sixième mois, mais rarement le quatrième. Ce mal peut approcher de l'asthme, de l'orthopnée, essentielle ou symptômatique : essentielle, lorsque la femme qui devient grosse est déja asmathique; alors la difficulté de respirer augmente beaucoup : enfin, elle peut être simple ou compliquée, avec toux, hémoptysie, étourdissemens, maux de tête, bluettes, etc.

Causes.

Nous ne considérons ici que la symptômatique. La cause prochaine est la difficulté qu'éprouve le

diaphragme à s'abaisser : cette difficulté dépend du refoulement des viscères vers la poitrine, produit par l'altération de la matrice et sa dilatation. Cette maladie attaque sur-tout les femmes qui portent leurs enfans fort haut; car alors les viscères du bas-ventre, comprimés et refoulés vers le diaphragme, diminuent la capacité de la poitrine, d'où s'en suit la difficulté de respirer. Cette maladie est beaucoup plus commune dans la première grossesse que dans les suivantes; ce qui vient de ce que les muscles abdominaux n'ont pas encore prêté : les viscères du bas-ventre sont à l'étroit, et le diaphragme est plus gêné; au lieu que, dans la deuxième et la troisième grossesse les muscles ont prêté, la cavité du bas-ventre est plus spacieuse, les viscères sont plus à leur aise, et le diaphragme est moins gêné. Les femmes qui ont la poitrine étroite, celles qui ont le bassin petit, peu évasé, sont sujètes à cette maladie, ainsi qu'à la toux et au crachement de sang.

Symptômes.

La femme respire avec difficulté; elle est obligée de hausser les épaules et de faire de grandes inspirations : il y a souvent toux et crachement de sang; mais nous en parlerons dans un moment.

Diagnostic.

La femme nous dit qu'elle ne peut respirer; on

connoîtra si le mal est essentiel ou symptômatique, en lui demandant si elle avoit cette incommodité avant sa grossesse, et si elle a été accompagnée de toux, douleurs, etc.

Prognostic.

Cette maladie est peu de chose, tant qu'elle n'est pas portée au plus haut degré. Si elle est grave, la circulation deviendra difficile dans toute la machine, et l'enfant périra : quelquefois il vit en languissant, et meurt deux ou trois mois après être venu au monde.

Curation.

C'est le même traitement que pour la toux et le crachement de sang. La saignée et le régime sont les seuls moyens que nous ayons, non pour guérir, mais pour soulager cette affection; ce que nous détaillerons plus amplement dans les maladies dont nous allons parler.

SECTION V.

De la toux et de l'hémoptysie.

Les maladies dont il nous reste à parler sont de bien plus grande conséquence que celles que nous venons de détailler; elles forment la deuxième classe d'accidens qui surviennent aux femmes pendant les trois mois du milieu de leur grossesse.

La toux est un mouvement convulsif, fort, subit et irrégulier, qui se fait avec bruit, pour chasser les matières qui irritent le poumon. Cette maladie attaque fréquemment les femmes enceintes, vers le quatrième, cinquième et sixième mois. La toux est grave ou légère, et dure plus ou moins de temps ; elle est sèche ou humide. Dans la première, les femmes ne crachent pas, mais beaucoup dans la seconde : la toux est encore simple ou compliquée ; la complication la plus ordinaire est l'hémoptysie. Le crachement de sang est quelquefois abondant, au point d'effrayer les praticiens ; mais, dans la grossesse, ils ne doivent pas craindre, pourvu toutefois qu'il ne soit pas accompagné de symptômes fâcheux.

Enfin la toux peut être essentielle ou symptômatique : essentielle, quand elle existe avant que la femme ait conçu. Nous observerons, en passant, que celles qui sont pléthoriques se portent beaucoup mieux, ou du moins semblent guéries pendant les trois premiers mois de leur grossesse ; mais, vers le quatrième et le cinquième, la toux, les douleurs, le crachement de sang et les autres symptômes de la phthisie les reprennent avec plus de force : elles viennent cependant jusqu'à la fin de la grossesse, et accouchent assez heureusement, si elles sont bien conformées, et ne périssent communément que neuf à dix jours après leurs cou-

ches. Si le vice idiopatique du poumon est considérable, l'enfant est foible et languissant, et périt ordinairement dans les quinze premiers mois de sa vie. On a pourtant vu des femmes phthisiques se bien porter pendant leur grossesse, et retomber après.

Causes.

La cause prochaine est la contraction vive, subite, irrégulière et convulsive du diaphragme et des muscles expirateurs, la glotte étant fermée : or cette contraction dépend d'une irritation excessive sur les nerfs qui se distribuent aux poumons. De quelle nature est cette irritation ? nous allons l'examiner.

Vers le cinquième ou sixième mois, la matrice s'élève déja considérablement hors du petit bassin; elle presse, comprime et refoule les viscères vers le diaphragme, et le fait remonter dans la poitrine. Ce muscle, ainsi refoulé, ne peut s'abaisser qu'avec peine, et la capacité de la poitrine devient moins grande ; les fonctions du poumon sont gênées : chaque vésicule pulmonaire ne peut en particulier se développer autant qu'elle le doit ; les vaisseaux sanguins qui rampent à leur surface, souffrent donc une certaine compression : le liquide qu'ils charient les parcourt difficilement ; en un mot, la circulation se trouve singulièrement gênée

dans ce viscère : de là les légers engorgemens, arrêts momentanés du sang, et dilatation des vaisseaux qui le contiennent ; de là les tiraillemens et irritations, et enfin la toux qui a pour objet de délivrer le poumon de ce qui l'irrite.

Une autre cause contribue encore à empêcher la dilatation de la poitrine. On sait que les muscles abdominaux s'attachent, d'un côté, à la charpente osseuse de la poitrine, et, de l'autre, le long de la crête des os des îles et de la symphyse du pubis. Or ces muscles soutiennent, pour la plus grande partie, le poids de la matrice distendue ; ils doivent donc s'opposer à ce que les côtes s'élèvent, et par conséquent favoriser le rétrécissement de la poitrine.

Enfin, pendant que ces deux causes concourent ensemble à empêcher la dilatation du poumon, une troisième détermine vers ce viscère une plus grande quantité de sang qu'il n'en doit recevoir dans l'ordre naturel : c'est la pression de la matrice sur les artères iliaques ; pression qui empêche le sang d'aller aux parties inférieures, le détermine à refluer vers les parties supérieures : or de toutes ces causes naissent les stases, les engorgemens et les irritations, effets qui se manifestent par le baillement et la toux. Nous n'exposerons pas ici le mécanisme par lequel se fait la toux. Voyez *la physiologie*.

Il est évident, d'après ce que nous venons de

dire, que c'est la sensibilité naturelle du poumon augmentée.

Symptômes.

Les femmes toussent plus ou moins : il y a un mouvement de fièvre, douleur à la poitrine, et quelquefois crachement de sang. Si la toux est forte, il se fait des crevasses dans les poumons et dans certains endroits du placenta. La destruction de son adhérence excite l'enfant à remuer, et donne lieu à un écoulement de sang et d'un peu d'eau par le vagin.

Diagnostic.

La toux en elle-même est bien aisée à connoître; on voit bien si elle est sèche ou humide. Pour savoir si elle est essentielle ou symptômatique, on s'informe si la femme toussoit avant sa grossesse, et si elle a ressenti des douleurs à la poitrine; on examine si le poumon n'est pas dans un état de phlogose, d'engorgement, de tubercule, etc. : pour lors la toux dépend d'un vice idiopatique du poumon. Si, au contraire, la femme, avant sa grossesse, avoit la poitrine libre et saine; si elle porte son enfant haut, qu'elle soit pléthorique, et que ce soit sa première grossesse, alors la toux est symptômatique.

Prognostic.

Si la toux est légère, elle n'est pas dangereuse; mais si elle est vive, forte et continuelle, elle devient extraordinairement fâcheuse, tant en elle-même que relativement aux maux qu'elle produit; elle dérange beaucoup l'action des poumons, les délabre, y occasionne la rupture des vaisseaux sanguins, d'où suivent le crachement de sang, la fiévre, les maux de tête : les secousses qu'elle excite, ébranlent la matrice, mettent en jeu les muscles abdominaux. Cet ébranlement peut, à la longue, déterminer la matrice à se contracter et produire l'avortement.

Quant à la curabilité, elle est très-difficile; elle résiste long-temps : à peine quelquefois peut-on la diminuer, toujours par la raison qu'on ne peut enlever la cause la plus éloignée; savoir, la dilatation et l'élévation de la matrice. La toux qui survient le quatrième mois se passe quelquefois le sixième; celle du sixième va ordinairement jusqu'à la fin de la grossesse : la toux humide est moins fâcheuse que la sèche, la sympatique que l'essentielle.

Curation.

La toux symptômatique dépend de la pléthore du poumon et de la sensibilité des nerfs de ce viscère; il faut donc diminuer l'une et l'autre. Le

premier objet se remplit par la saignée et le régime.

Le régime consiste en une diète exacte, fort difficile, alors que les femmes ont de l'appétit; on choisit les alimens de meilleurs sucs, légers et faciles à digérer. On ordonne l'exercice modéré, qui est indispensable, ainsi que l'air, qui doit être pur et salubre. Il est rare que les femmes qui respirent un bon air, soient attaquées de la toux, etc. Si la femme est constipée, on a soin de lui donner des lavemens pour entretenir le canal intestinal dans un certain point de vacuité, et faire en sorte que la matrice soit plus à l'aise.

On fait la saignée du bras avec les précautions requises; on y revient plusieurs fois, sur-tout quand la femme est forte; on conseille le bain chaud des pieds et des jambes, il soulage beaucoup; ensuite on purge, car la saburre abonde chez les femmes grosses, sur-tout après les trois premiers mois, dans lesquels l'estomac est sur-tout dérangé. Si la toux prend par quinte, qu'elle soit vive et ne cède pas aux saignées ni aux purgatifs, comme le danger est évident, il faut se permettre quelques narcotiques. On choisit les plus doux, et on ne les donne que dans le cas où les mamelles se flétrissent, que lorsque le ventre tombe, que lorsque les douleurs de reins se réveillent; car alors l'avortement est annoncé par ces symptômes. Ces remèdes ont au

moins

moins l'avantage d'engourdir les fibres nerveuses, de diminuer la sensibilité du poumon. Il faut bien se donner de garde de suivre la méthode de certains accoucheurs, qui nourrissent les femmes de béchiques adoucissans. On doit donc, avec soin, éviter les remèdes huileux et mucilagineux, car ils relâchent et gâtent l'estomac, énervent les forces digestives, et forment un chyle épais et visqueux, qui, passant dans la masse des humeurs, ne feroit qu'entretenir la toux.

Si la toux est essentielle, on examine la cause qui la produit. Dépend-elle des tubercules, on met en usage le traitement dont nous avons parlé dans notre cours de pratique, avec cette différence, que l'exercice du cheval est trop violent pour une femme grosse; celui d'un âne y suppléera.

Il faut encore observer de ne pas donner les apéritifs à trop forte dose dans l'état de grossesse: le lait doit être employé; on le donne le matin, à la quantité de deux livres.

La pléthore du poumon est encore une des causes essentielles de la toux; c'est même celle qui a le plus souvent lieu. Dans ce cas, on doit avoir recours à la saignée; on la répète même plus souvent que dans la toux symptômatique: on fera, par exemple, trois ou quatre saignées, si le sujet le permet; la première se fera le matin, et sera de deux palettes et demie seulement; le soir, on fera la

deuxième, et la troisième le lendemain matin : on les portera, chacune, à deux palettes. On purge aussi vigoureusement, pour évacuer les matières crues et indigestes qui se sont accumulées dans les premières voies, et par ce moyen on prévient qu'elles ne passent dans les secondes ; on vient ensuite aux adoucissans qui n'affoiblissent pas l'estomac, tels que les infusions de thé, capillaire, calament, et autres béchiques aromatiques ; les fleurs de benjoin sont un bon remède dans ce cas ; enfin on emploie les lavemens, pour tenir le ventre libre.

SECTION VI.

De la palpitation.

La palpitation est un mouvement vif, irrégulier et convulsif du cœur, qui attaque assez souvent les femmes grosses ; elle est continuelle ou momentanée, forte ou légère.

Causes.

La cause prochaine est la contraction irrégulière du cœur ; elle a lieu, parce que ce viscère reçoit irrégulièrement le sang de ses ventricules. La cause éloignée est la pléthore dans les parties supérieures, en vertu de la pression de la matrice sur les iliaques ; car alors le sang trouvant de la difficulté à passer dans les extrémités inférieures, reflue dans les supérieures : il en reste donc davantage dans la crosse

de l'aorte ; le cœur aura donc besoin d'en recevoir une moindre quantité pour se contracter : donc la contraction de ce viscère doit être fréquente et irrégulière.

Symptômes.

Ils sont assez sensibles, et la femme instruit de son mal et de ses effets.

Diagnostic.

Aisé à établir.

Prognostic.

Le mal n'est pas dangereux, à moins qu'il ne soit porté au plus haut degré ; souvent ces palpitations ne cessent qu'après l'accouchement.

Curation.

Elle consiste à diminuer la pléthore. Au moyen du régime et des saignées, on ordonne la diète, les lavemens et les bains chauds des pieds, pour diminuer la résistance et rappeler le sang aux extrémités inférieures ; la femme doit être habillée d'une manière aisée ; il faut qu'elle ait attention de ne pas se coucher sur le dos, pour éviter la pression sur les vaisseaux iliaques, et le reflux vers les parties supérieures.

SECTION VII.

Des vertiges, douleurs de tête, étourdissemens, bluettes et du coup de sang.

Le coup de sang est cette terrible maladie qui attaque brusquement les femmes grosses, et qui les fait constamment périr; car cette maladie est toujours mortelle. Nous ne sommes donc jamais dans le cas de la traiter; mais nous pouvons la prévenir, en détruisant certains accidens qui l'annoncent. Ces accidens sont, les vertiges, les maux de tête, les bluettes, les étourdissemens, les saignemens de nez et les tintemens d'oreilles; tous ces accidens peuvent être plus ou moins graves; ils peuvent aller jusqu'à produire le *vertigo tenebrosa*, ou seulement le *vertigo simplex*. Ils peuvent attaquer une femme délicate ou vigoureuse: ce qui se voit le plus communément. Ces mêmes accidens peuvent exister le troisième mois de la grossesse, ou ne se manifester que le cinquième ou sixième mois; enfin ils sont plus ou moins dangereux.

Causes.

Tous ces accidens reconnoissent pour cause prochaine la pléthore générale, et sur-tout celle de la tête; pléthore qui, comme nous l'avons déja dit, se fait par la pression de la matrice sur les vaisseaux iliaques, et sur la bifurcation de

l'aorte inférieure. Cette pléthore, portée au dernier degré, produit le coup de sang. Lorsqu'on ouvre le crâne d'une femme morte en cet état, on trouve la masse du cerveau presque entièrement détruite, fondue et écrasée par l'abondance du sang, qui, après avoir crevé ses vaisseaux, s'est épanché et grumelé dans la substance du cerveau. De là il est évident que les petites femmes grasses et sanguines, qui ont le cou court, y sont plus sujettes que les autres; il en est de même de celles qui mangent beaucoup, et qui portent leurs enfans haut : c'est ordinairement à la suite d'un repas, d'un fort mouvement de colère, d'un fort ébranlement, de l'usage du coït, que le coup de sang surprend les femmes grosses.

Symptômes.

Les femmes ont des douleurs de tête continuelles; elles sont assoupies de temps en temps; il leur passe des bluettes devant les yeux, et les objets extérieurs semblent tourner : elles ont des tintemens d'oreilles, et chez quelques-unes il survient hémorragie du nez. Enfin le *vertigo tenebrosa* a lieu chez quelques femmes : dans ce cas, il y a tout à craindre; le coup de sang arrivera bientôt.

Diagnostic.

Il est aisé, d'après ce que nous dit la femme; celui du coup de sang l'est encore plus. En effet, une femme, après avoir éprouvé pendant plusieurs jours tous les avant-coureurs dont nous venons de parler, tombe tout-à-coup sans connoissance, le *torpor* et le *stupor* existent; le visage est tumefié, rouge, violet, etc.

Prognostic.

Le coup de sang est constamment mortel: toutes les femmes périssent en un quart-d'heure ou une demi-heure au plus; la malade expire avant l'arrivée du médecin: nous ne pouvons donc que prévenir ce mal.

Curation.

Le danger imminent de cette maladie doit nous engager à apporter du remède dès que les accidens qui l'annoncent paroissent; il faut donc, dès le troisième mois, temps où ils se font appercevoir, mettre en usage les moyens requis, que nous avons employés plus haut; il faut diminuer la pléthore par la saignée, la diète, l'exercice.

On diminuera la pléthore, principalement celle de la tête, 1°. par la saignée, 2°. par la situation dans laquelle on fait mettre la femme. La saignée, répétée trois ou quatre fois avec les précautions re-

quises, on fait promener la femme pendant le jour ; la nuit, on lui recommande de ne jamais se coucher sur le dos, mais sur les côtés, afin qu'il y ait toujours une des artères iliaques de libre. Le régime et la diète doivent être exacts ; on ordonne les bains chauds des pieds ; enfin, il est utile de donner tous les matins une pinte d'eau avec deux gros de sel glauber : les lavemens sont ici fort utiles.

ARTICLE III.

Des maladies qui se manifestent dans les trois derniers mois de la grossesse.

Comme les maladies du milieu de la grossesse et celles des trois derniers mois dépendent de la pression de la matrice sur les vaisseaux iliaques, avec cette différence que, dans les trois mois du milieu, la pression est suivie d'accidens qui attaquent les parties situées au-dessus de la matrice, et que, dans les trois derniers mois, elles ont lieu dans les parties situées au-dessous, c'est par cette raison que, dans le premier cas, on voit des toux, des crachemens, des vertiges ; et dans le second, des œdémes phlegmoneux, des hémorrhoïdes : maladies qui toutes ont leur siége dans les extrémités inférieures.

SECTION PREMIÈRE.

De la dysurie.

C'est une difficulté d'uriner qui attaque les femmes grosses ; elle a rarement lieu dans les trois derniers mois de la grossesse, mais se fait communément appercevoir dans les trois premiers. L'ordre que nous tenons auroit exigé que nous eussions placé cette maladie parmi celles qui arrivent dans ce temps.

La dysurie peut être légère ou grave vers le commencement ou la fin de la grossesse, être essentielle ou symptômatique ; essentielle, si elle dépend d'un vice de la vessie, telle que l'inflammation de ce viscère, l'existence du calcul ; symptômatique, quand elle est l'effet de la grossesse.

Causes.

La cause prochaine est la difficulté que l'urine éprouve à sortir de la vessie : or cette difficulté dépend, dans les trois premiers mois, de la pression exercée sur le col de la vessie par l'orifice de la matrice. Les troisième et quatrième mois, le fond de ce viscère se jette pour l'ordinaire en arrière, se porte sur le sacrum ; tandis que son orifice, par un mouvement contraire, est ramené en devant et s'arc-boute sur le pubis : or, dans cet état, le col de la vessie se trouve fortement comprimé entre

celui de la matrice et la symphyse du pubis, et la compression est telle que le passage se trouve interrompu : de là il faut que la cause de la suppression d'urine, dans les trois premiers mois, soit l'obliquité de la matrice de devant en arrière.

Dans les derniers temps de la grossesse, quand cette maladie a lieu, elle reconnoît pour cause une forte compression sur toute la vessie de la part de la matrice, mais plus forte vers le col; car on sent facilement qu'une pression totale sur le corps de la vessie feroit plutôt vuider l'urine qu'elle contient, qu'elle ne la feroit séjourner.

Symptômes.

La femme a envie d'uriner, mais elle fait de vains efforts; cependant elle vient à bout de surmonter l'obstacle, et pour lors elle urine sans accident; d'autres fois, la rétention est totale. Dans ce cas, surviennent le mal-aise et le trouble dans l'économie animale, produits de la douleur et du gonflement de la région de la vessie. Si cet état se prolonge, il est suivi des plus fâcheux accidens, tels que ceux qui se manifestent ordinairement dans la rétention d'urine.

Diagnostic.

Le mal en lui-même est fort aisé à connoître; mais est-il essentiel, est-il symptômatique? Pour le

savoir, le médecin s'informe si, avant la grossesse, la femme éprouvoit des difficultés d'uriner, si elle ressentoit alors des douleurs dans la vessie, si ces douleurs se réveilloient après avoir été cahotée, si elle ne pissoit pas du sang, si elle n'éprouvoit pas une douleur vers le fondement. Dans ce cas, n'en doutons pas, le mal est essentiel; il dépend de la présence d'une pierre. Quand rien de tout cela n'existe, on demande à la femme si elle n'a pas eu de fâcheux accidens dans les couches précécentes, si elle n'a pas eu les parties génitales délabrées; on examine soi-même si la matrice ne fait pas descente. Pour cet effet, on introduit le doigt dans le vagin. Si, par cet examen, on trouve l'orifice fort descendu, si on sent un corps rond qui remplisse le petit bassin, que ce corps cède au doigt, et qu'il remonte quand on le soulève, pour lors la difficulté de respirer est symptômatique, et dépend d'une demi-descente de la matrice; car, et nous avons oublié de le dire en traitant des causes de la dysurie, elle peut être occasionnée par une demi-descente de matrice.

Une femme a été fort mal traitée dans les accouchemens précédens; les parties qui servent à l'accouchement ont été énormément distendues; elles ont resté dans une sorte d'alongement. Si cette femme conçoit de nouveau, la matrice, au lieu de s'élever en se dilatant sur le petit bassin,

s'appesantira et s'affaissera dans cette cavité ; elle pressera le canal de l'uréthre, et la dysurie surviendra.

Enfin on a reconnu que la demi-descente de la matrice n'a pas lieu ; mais, par le même examen, on a trouvé que l'orifice de ce viscère ne répondoit point à l'ouverture du vagin, mais qu'il étoit appuyé et comme adapté à la symphyse du pubis, son fond adossé au sacrum : dans ce cas, l'obliquité de la matrice est en arrière ; elle est la cause de la difficulté d'uriner.

Prognostic.

La difficulté simple d'uriner n'est pas absolument dangereuse : l'excrétion de l'urine peut être supprimée pendant un temps, sans que l'économie animale en souffre ; mais si cet état dure, et que la suppression soit totale, elle devient très-dangereuse, et même peut faire avorter, en causant des contractions dans la matrice, qui décolleront le placenta : d'ailleurs la vessie, à force d'être irritée, peut s'enflammer : la dysurie essentielle est plus fâcheuse que la symptômatique.

Curation.

Il y a trois cas à considérer. 1°. Si la dysurie dépend de la situation transversale de la matrice, elle se termine vers le quatrième, cinquième ou sixième mois, parce qu'alors le fond de ce viscère reviendra en devant, et l'orifice se portera en ar-

rière ; mais en attendant ce temps, il faut que la femme urine : or la seule situation suffit. On recommande à la femme de se coucher sur le bord de son lit, comme si elle vouloit prendre un lavement ; mais de façon qu'elle soit presque appuyée sur le ventre, et non sur le côté : alors le fond de la matrice se portera en devant, et, par un mouvement de bascule, l'orifice gagnant la partie postérieure, dégagera le col de la vessie, et cessera de le comprimer ; l'obstacle levé, les urines couleront avec d'autant plus de facilité, qu'elles seront plus accumulées. 2°. Si la dysurie reconnoît pour cause une demi-descente de matrice, on place la femme dans un lit, de façon que les cuisses soient un peu élevées, ou bien on la fait accroupir ; puis on porte un ou deux doigts dans le vagin ; on cherche l'orifice de la matrice, qui pour l'ordinaire est en devant ; on soulève cet orifice, et la matrice même ; on la soutient ainsi élevée jusqu'à ce que la femme ait uriné, car la pression sur le col de la vessie cessant, l'obstacle est levé et les urines coulent : il faut s'y prendre de la même manière, toutes les fois qu'il en sera besoin. Si la femme est constipée, on ordonne des lavemens pour vuider le rectum et diminuer la pression que font les excrèmens. Ce que nous venons de dire regarde la difficulté d'uriner pendant les troisième et quatrième mois de la grossesse.

Cet accident survenant vers la fin de la même grossesse, on se comporte un peu différemment : on recommande à la femme de soutenir un peu son ventre quand elle a envie d'uriner ; on peut encore lui faire porter une sangle, qui passera derrière le dos et sur les épaules, afin de soutenir le ventre. Ce moyen est très-bon pour les femmes qui portent naturellement leur enfant bas ; il suffit, seul, pour les faire uriner dans le cas que nous venons de rapporter : on pourroit aussi se servir d'une serviette en trois double, dont on se ceint le ventre, et qu'on soutient avec le scapulaire.

3°. Si la maladie est essentielle, le cathéter nous ayant assuré d'une pierre, il faut absolument se servir de la sonde, avec laquelle on repousse la pierre, la tenant ainsi écartée, jusqu'à ce que les urines se soient écoulées. La sonde doit encore être employée dans les cas précédens, lorsque les moyens que nous avons indiqués sont insuffisans : il ne faut pas laisser la sonde dans le canal de l'uréthre, parce que la nuit elle feroit une impression capable de rendre les parties contuses.

Si la pierre est petite, et qu'elle soit engagée dans le canal de l'uréthre, comme le canal est fort court chez les femmes, il seroit possible de la tirer. Pour cela, on porte un doigt de la main gauche dans le vagin, et de la droite on introduit une petite tenette dans l'uréthre, puis

tandis qu'on retient la pierre en pressant sur le vagin, on la saisit avec l'instrument, et on la retire avec assez de facilité. Si le canal étoit tendu, enflammé, douloureux, et qu'il serrât fortement le petit calcul, il faudroit, avant de tenter l'extraction, calmer l'inflammation. Pour cet effet, vous exposerez les parties génitales à la vapeur des décoctions émollientes ; on pourroit y faire des douches et des fomentations de même nature : le relâchement opéré, vous faites l'extraction de la pierre ; enfin, si la seule phlogose étoit la cause de la dysurie idiopathique, il faudroit mettre en usage les remèdes contre l'inflammation, c'est-à-dire qu'il faudroit saigner, avec les précautions que nous avons enseignées.

Section II.

De l'incontinence de l'urine.

Cette maladie est tout-à-fait opposée à la précédente, et n'attaque les femmes grosses que dans les trois derniers mois de leur grossesse. On la peut considérer sous deux points de vue : ou la femme rend ses urines involontairement, et sans les sentir, ou elle a de fréquentes envies d'uriner, et les rend fortement, mais toujours en s'en appercevant. Dans le premier cas, l'incontinence d'urine est parfaite : le mal peut encore être léger ou porté à un très-haut degré ; il peut être essentiel ou

symptômatique : essentiel, s'il vient d'un vice de la vessie ; symptômatique, s'il est l'effet de la grossesse.

Causes.

La cause prochaine est le peu de résistance qu'apporte le sphincter de la vessie à la sortie de l'urine. Cette résistance est absolument nulle dans le cas d'incontinence parfaite : or, pourquoi l'urine sort-elle si souvent ? parce que la matrice, très-distendue, presse et comprime la vessie contre la symphyse du pubis.

Ce viscère, ainsi gêné, ne peut se dilater, et pour peu qu'il contienne d'urine, il est obligé de se dilater ; la pression de la matrice sera donc la cause éloignée du mal, qui, par la même raison, attaque les femmes qui portent plus souvent leur enfant en devant.

L'incontinence essentielle reconnoît pour cause le seul vice du sphincter de la vessie : or ce vice ne peut être qu'un extrême relâchement, une paralysie, ou la section et le déchirement de cette partie, comme il arrive assez souvent à la suite de la lithotomie.

Symptômes.

Ils sont simples. Dans le cas d'incontinence parfaite, la femme rend ses urines involontairement,

sans s'en appercevoir ; son urine tombe au dehors, à mesure qu'elle entre dans la vessie, elle éprouve une démangeaison aux parties naturelles : si cet état dure, elle maigrit à vue d'œil, tombe dans le marasme, et meurt.

Si l'incontinence d'urine est imparfaite, tous ces fâcheux effets n'ont pas lieu ; la femme en est quitte pour uriner souvent, et sentir quelques chaleurs, quelques démangeaisons aux parties génitales.

Diagnostic.

Le mal est fort aisé à connoître ; on verra bien si l'incontinence est parfaite, ou non, si elle est essentielle, ou symptômatique. On s'assure de cette circonstance dernière, en s'informant si elle avoit lieu avant la grossesse.

Prognostic.

L'incontinence parfaite est un mal dangereux, il fait souvent périr la femme, et ne se termine qu'après l'accouchement.

Curation.

L'incontinence d'urine ne demande pas de remède chez les femmes grosses ; elle dépend alors de la pression de la matrice sur la vessie. Or qui est-ce qui peut enlever cette cause ? il n'y a que l'accouchement : la médecine ne peut tout au plus que pallier

pallier la maladie. Si une femme sent des envies, il faut qu'elle urine autant de fois que ce besoin la pressera : — mais elle urine involontairement, elle a les parties génitales continuellement mouillées ; elles sont enflammées : que faire ? lui recommander beaucoup de repos et une situation convenable. Elle doit toujours être couchée horizontalement, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, pour éviter, ou du moins pour diminuer la forte compression de la matrice sur la vessie : d'ailleurs, par cette position, on oblige l'urine à séjourner plus long-temps dans la vessie, puisque son poids ne la porte pas vers le col de la vessie ; car, quand la femme se tient débout, l'urine coule ; elle fait un peu d'exercice, et puis se couche.

SECTION III.

Du Ténesme.

Les femmes éprouveront encore, vers la fin de la grossesse, de la difficulté à rendre leurs excrémens, au point qu'il y en a qui sont constipées pendant huit ou douze jours. La pression de la matrice sur le rectum est la cause ordinaire de cet accident ; la cause qui y dispose, c'est la constitution sèche du sujet. En effet, une femme qui va difficilement à la selle, y ira encore plus difficilement, si elle devient grosse.

Symptômes.

Il y a nuages, bluettes, bouffées, chaleur au visage, insommie, bouffissure et chaleur du ventre, tension, pesanteur dans les reins, les cuisses, les aines; difficulté plus grande de monter, et enfin les femmes ne vont à la selle qu'avec beaucoup de peine. *Le diagnostic est établi*; le prognostic n'a rien de fâcheux, on y remédie.

Curation.

Si la femme est constipée par constitution, on recommande le petit-lait, les bols de casse mondée, le jus de pruneaux, les bouillons de veau, pour lâcher le ventre, mais sur-tout un lavement le matin, et un autre le soir : l'expérience a prouvé que ce moyen étoit le plus efficace.

SECTION IV.

Des hémorrhoïdes.

L'hémorrhoïde est une tumeur quelquefois dure, quelquefois molle, toujours douloureuse, qui a son siége vers le fondement; elle dépend de la dilatation des vaisseaux veineux qui rampent autour du podex. Or les hémorrhoïdes des femmes grosses sont fluentes ou humides, sèches ou non fluentes. Dans la première espèce, le sang s'échappe par in-

tervalle ; dans la seconde espèce, il ne se fait aucune évacuation. Elles peuvent encore être légères ou considérables, internes ou externes : les internes ne se voient pas, et sont cachées dans le rectum ; les externes sont placées en dehors ; enfin elles sont simples ou compliquées, avec inflammation, disposition à la suppuration, au ténesme, à la diarrhée.

Causes.

La cause prochaine est la dilatation des veines hémorrhoïdales, produite par la stagnation du sang, qui s'accumule dans ces vaisseaux, parce que son retour est gêné par la pression de la matrice sur toutes ces parties. On sait que les veines du podex vont se rendre à la grosse veine hémorrhoïdale, qui marche à la partie postérieure de l'intestin rectum. Or cette veine ne pouvant se décharger du sang qu'elle contient, dans la mésaraïque, les vaisseaux du podex ne peuvent s'aller décharger dans la grosse hémorrhoïdale, et le sang s'y accumule et les distend : de là les veines qui constituent les hémorrhoïdes ; de là il est incontestable que la cause éloignée de cette maladie sera la pression de la matrice.

Une femme qui va difficilement à la garderobe hors du temps de la grossesse même, éprouve cette constipation plus forte encore quand elle devient enceinte ; les excrémens, durcis, augmen-

teront l'arrêt du sang, d'où la tumeur hémorrhoïdale sera plus volumineuse.

Symptômes.

Il y a tumeur variqueuse au fondement; elle est plus ou moins grosse; elle a différentes formes; elle est rouge, douloureuse et gluante. La douleur se réveille soit en toussant, soit en crachant ou lorsqu'on se mouche : on ne peut marcher ni se tenir debout; si la douleur est bien aiguë, il vient fièvre, maux de tête, inquiétude, insomnie, ténesme; et l'enfant souffre.

Diagnostic.

Il est aisé à établir. On verra bien si les hémorrhoïdes sont internes ou externes, sèches ou fluentes, petites ou grosses, douloureuses ou non.

Prognostic.

Les hémorrhoïdes ne sont vraiment un mal que quand elles ne fluent pas. Quand elles sont dures, élevées, douloureuses, elles sont fâcheuses par rapport aux maux qu'elles causent; mais celles qui fluent sont plutôt un bien qu'un mal : le sang qui coule alors est une évacuation salutaire pour les femmes; il dégorge toutes les parties, et met la matrice et l'enfant plus à l'aise.

Curation.

Nous avons ici une double indication à remplir. La première se tire de la cause, c'est-à-dire, de la pléthore des parties affectées ; la seconde se tire de l'effet, c'est-à-dire, de la douleur, de la tension et de l'état de phlogose dans lequel se trouve la partie tuméfiée : cette dernière est souvent celle qui presse le plus, et on commence par elle. S'il y a fièvre, insomnie, on saigne une ou deux fois, avec les précautions requises, et on se permet même un doux narcotique ; on recommande une diète adoucissante ; on applique des topiques calmans ; on donne des lavemens pour vuider l'intestin, avec la précaution de ne point irriter avec la canule : ils doivent être d'eau pure. Il faut bien se garder d'appliquer des topiques répercussifs ; ils seront seulement relâchans et calmans : ainsi on bassine la partie avec des décoctions émollientes ; on l'expose à la vapeur du lait et de l'eau chaude ; on baigne même le podex avec la liqueur, puis on y applique le beurre avec la litharge ou l'onguent populéum, le baume tranquille, la crême fraîche, l'onguent rosat. On peut faire des embrocations avec l'onguent d'althéa, l'huile de camomille, avec le jaune d'œuf ; on joint à ces remèdes le repos et la situation.

L'autre indication se tire de la pléthore des par-

ties affectées, occasionnée par la pression de la matrice; il faut donc la diminuer et la faire cesser, s'il se peut. Pour cet effet, on saigne comme nous l'avons dit plus haut. Si les effets sont graves, on recommande à la femme de se tenir couchée, non sur le dos, mais alternativement sur l'un et l'autre côté, afin qu'une des iliaques soit toujours libre. —Communément les remèdes que nous venons d'indiquer soulagent la femme; mais s'ils étoient insuffisans, que la douleur fût excessive, on demande si on pourroit alors ouvrir les hémorrhoïdes : je ne pense pas qu'il soit sage de le faire. Dans le cas où la tumeur seroit dure, résistante, douloureuse, enflammée, il est d'expérience que lorsqu'elle est une fois ouverte, le pédicule prend un mauvais caractère, et dégénère en fistule. On pourroit faire cette ouverture, dans le cas où la tumeur seroit molle, peu douloureuse, peu enflammée; mais alors rien ne l'exige : concluons donc que, dans aucun cas, il ne faut s'aviser d'ouvrir les hémorrhoïdes. Le moyen préférable pour opérer un prompt dégorgement est l'application des sang-sues; on en met trois ou quatre auprès de la tumeur : ces animaux s'y attachent, sucent, pompent avec force tout le sang qui formoit la tumeur hémorrhoïdale.

L'hémorrhoïde s'est ouverte d'elle-même; elle flue, et le fait avec tant d'abondance et de vio-

lence, que la femme perd ses forces : ce cas est rare; cependant, s'il arrive, il faut la saigner du bras, prescrire un régime, recommander la situation, le repos et la privation du coït. Si, malgré ces remèdes, elle continue de fluer, on fait bouillir des roses de Provins dans du gros vin rouge, des balaustes de Pervenche ; on bassine la tumeur avec cette décoction ; on évite les répercussifs et les astringens. Ces remèdes, en crispant les vaisseaux, irriteroient les parties, occasionneroient des inflammations, des suppurations, des ulcères de mauvais genre, en un mot occasionneroient la fistule : on en a vu plus d'une devoir leur origine à des hémorrhoïdes mal traitées.

Section V.

Des tumeurs variqueuses.

La varice est une tumeur circonscrite, molle, indolente, causée par la dilatation de quelques veines engorgées de sang ; cette tumeur se manifeste, au huitième ou neuvième mois de la grossesse, chez les femmes qui portent leur enfant bas : or les varices diffèrent à raison de leur volume, à raison du lieu qu'elles occupent ; leur siége ordinaire est à l'endroit des valvules et le long de la saphène, autour des cuisses et des jambes. Il en vient aux parties génitales, aux grandes lèvres,

au vagin et au col de la matrice. Ces dernières sont très-gênantes dans l'accouchement : elles sont quelquefois séparées les unes des autres ; d'autrefois elles sont ramassées comme des grappes de raisin ; elles sont dures, permanentes ou molles et vacillantes : ces deux dernières disparoissent dès que la femme est accouchée, enfin elles sont simples et sans douleur, ou compliquées avec douleur, œdème ulcère ; elles sont encore essentielles ou symptômatiques.

Causes.

La cause prochaine est la dilatation des veines, produite par la stagnation du sang, et cet arrêt dépend de la difficulté que trouve le fluide à revenir des extrémités inférieures, par la pression de la matrice sur les veines iliaques ; son retour étant gêné, il s'accumule entre deux valvules, distend cette partie de la veine, et en forme une sorte de poche ou de kyste.

Symptômes.

On voit une ou plusieurs tumeurs rondes, pour l'ordinaire molles, indolentes, inégales, qui disparoissent par la pression, qui donnent des marques de fluctuation, qui semblent rentrer quand la femme se couche, mais qui reparoissent ensuite ; elles ne sont douloureuses que lorsqu'elles sont énormément grosses ;

la tumeur est pour l'ordinaire peu douloureuse, parce que les veines sont peu sensibles, et que la distention se fait insensiblement. Elles remontent et disparoissent quand la femme est couchée, parce que, dans cet état, la matrice reste dans le ventre, s'éloigne du petit bassin, et cesse de comprimer les veines iliaques ; elle est circonscrite, parce qu'elle est fermée par un sac dont les parois résistent également.

Le diagnostic et le prognostic sont faciles. Quant à la guérison, on peut l'obtenir, si la tumeur paroît au cinquième mois ; mais aux septième et huitième mois, on ne peut qu'adoucir. Ces accidens venant de la pression de la matrice sur les vaisseaux, il faut que la femme fasse moins d'exercice, qu'elle reste plus long-temps couchée, quoique habillée, qu'elle se place tantôt d'un côté, tantôt d'un autre. Si la jambe et la cuisse sont parsemées de ces tumeurs, il faut se servir de bas et de culotte de peau de chien qui se lacent par derrière : on les met le matin, quand elles sont affaissées, et on les serre médiocrement. Ces derniers moyens sont très-propres à opérer une pression uniforme ; le sang se trouve alors obligé de rentrer dans les crurales : pendant ce temps, on recommande un régime exact ; on fait donner des lavemens, si la femme est constipée ; et si on craint la rupture, on saigne du bras une ou deux fois : on ne doit ouvrir la varice qu'à la dernière extré-

mité. L'hémorrhagie qui arrive est très-nuisible en elle-même et par rapport aux maux qu'elle cause ; il faut alors faire en sorte de l'arrêter ; la saignée en est un sûr moyen : si ces tumeurs se crevoient, la même chose doit se faire.

Les varices qui ont leur siége aux parties génitales méritent sur-tout notre attention ; elles peuvent se crever dans le travail de l'accouchement, et causer une hémorrhagie qui tueroit bientôt la femme : c'est pourquoi il est sage de s'assurer, avant l'accouchement, de leur existence. Il faut, quand on s'en est assuré pendant le neuvième mois, saigner du bras et même copieusement, prescrire un régime exact, une position horizontale, et sur-tout du repos : pendant l'accouchement même, on fait tous ses efforts pour éviter la rupture de la tumeur. Pour cela, on fait en sorte que l'orifice de la matrice se relâche, se dilate lentement ; on repousse les vaisseaux avec les doigts, on les soutient et on les écarte : on ne doit pas quitter la femme pendant le travail, pour être à portée de la secourir. Après l'accouchement, on examine s'il n'y a pas d'hémorrhagie, et si le sang qui coule n'est vraiment que celui de la matrice, et qui forme les lochies, ou s'il ne seroit pas fourni par la rupture de quelques vaisseaux variqueux : alors on y apporte les remèdes nécessaires.

SECTION VI.

Des tumeurs œdémateuses.

L'œdème est une tumeur molle, indolente, sans douleur, quelquefois transparente, cédant à l'impression du doigt, causée par l'infiltration du *serum* dans le tissu cellulaire. Cette maladie attaque ordinairement les femmes grosses, vers le huitième ou le neuvième mois.

Il diffère à raison du lieu qu'il occupe ; il peut venir aux pieds seulement, ou aux pieds et aux jambes, ou bien s'étendre sur les cuisses, les hanches et le ventre. Ce dernier cas est très-rare ; ordinairement il n'y a que les pieds et les jambes qui en soient pris. On a vu des femmes œdémateuses au point de ne pouvoir se remuer. L'œdème d'une ou de toutes ces parties peut être léger ou porté à un haut point ; il peut encore être simple ou compliqué, avec douleur ou inflammation des parties voisine ; enfin il peut être essentiel, ou simplement essentiel, lorsqu'il a lieu avant la grossesse.

Causes.

La cause prochaine est l'infiltration de la sérosité dans le tissu cellulaire ; elle dépend de la stagnation du sang, qui reconnoît elle-même pour cause la difficulté que rencontre le fluide à revenir des

parties inférieures : la pression de la matrice sur les vaisseaux iliaques, comme nous l'avons dit, est la cause éloignée de tous ces accidens. On sait que les vaines iliaques sont placées sur le muscle psoas, qui forme la plus grande partie du petit bassin ; elles doivent donc beaucoup souffrir de la compression de la matrice. Le sang, dont le cours se trouve ainsi retardé, se décompose ; le *serum* se sépare de la partie rouge, et s'extravase dans le tissu cellulaire. Les anciens prétendoient que l'œdème dépendoit de la pléthore et des mauvaises humeurs, qui tomboient et se fixoient dans les extrémités, à cause que ces parties sont les plus froides du corps. M. de la Mothe est de ce sentiment ; il ajoute même que la difficulté de respirer, qui saisit les femmes grosses, œdématiées quand elles se couchent, venoit des mauvaises humeurs, qui quittoient les extrémités inférieures pour se porter au poumon : la diminution sensible qu'on apperçoit alors l'avoit induit dans cette erreur.

Cette diminution arrive, parce que, dans cette position, la matrice cesse de comprimer les vaisseaux iliaques ; le sang reprend son cours ordinaire, et la sérosité rentre dans la masse. Quant à la difficulté de respirer qu'éprouvent les femmes dans le même temps, elle vient de ce que les viscères du bas-ventre se portent vers le diaphragme, le repoussent et le gênent dans sa fonction. L'œdème est

plus commun chez les femmes oisives que chez celles qui font beaucoup d'exercice : chez les premières, la circulation du sang est plus lente et la décomposition plus facile.

Symptômes.

Il y a tumeur aux pieds, aux jambes, quelquefois aux cuisses, aux reins. Cette tumeur est mollasse et pâteuse ; elle retient quelquefois l'impression du doigt et se rétablit ensuite, ce qui vient de ce que la sérosité cède à la compression ; elle se glisse dans les parties voisines : mais cette compression cessant, le fluide revient occuper de nouveau les cavités qu'il avoit été obligé de quitter ; la tumeur n'est pas circonscrite, parce qu'elle se forme insensiblement, et que d'ailleurs le tissu cellulaire est plus sensible ; enfin elle disparoît ensuite quelque temps après que la femme est accouchée, et pour lors il survient difficulté de respirer. Nous en avons dit la cause.

Diagnostic.

Il est aisé, d'après ce que nous venons de dire.

Prognostic.

L'œdème qui ne passe pas les jambes est peu de chose ; celui qui prend les cuisses gêne le mouvement, empêche de marcher ; mais lorsqu'il s'étend

aux aines, aux reins, au ventre de la femme, il est très-fâcheux, parce qu'il produit alors tiraillement, souvent des inflammations, ou du moins phlogose : il y a à craindre pour la vie de l'enfant. On se contente donc de pallier la maladie ; l'œdème qui arrive pendant le cinquième mois peut cependant être guéri.

Curation.

Il faut diminuer la pression de la matrice, faire rentrer la sérosité épanchée dans le tissu cellulaire, et prévenir les extravasions : or tout cela est assez difficile. On recommande à la femme de faire peu d'exercice, de se tenir plutôt couchée que debout ; elle doit se coucher alternativement sur l'un et l'autre côté, non sur le dos, pour éviter la pression sur les veines iliaques. Si cependant l'œdème étoit essentiel, il faudroit de l'exercice, parce qu'il viendroit d'un relâchement universel de la fibre. Un bon moyen pour diminuer la pression sur les veines iliaques est la saignée : c'est la seule des maladies séreuses où la saignée soit salutaire. On sait combien l'évacuation du sang est contraire dans les hydropisies anasarques et œdèmes ; mais ici la maladie n'est que symptômatique, et on saigne pour diminuer la pression et la pléthore tant générale que particulière, par conséquent on la répète deux ou trois fois, si le mal l'exige, c'est-à-dire, si l'œdème étoit

considérable, qu'il fût accompagné de douleur, de phlogose. Dans ce cas on ordonne les lavemens laxatifs, quelques bols de casse, quelque peu de rhubarbe pour évacuer un peu de la sérosité, toutes les fomentations astringentes faites avec le vin aromatique; on bassine cinq ou six fois la journée; le reste du temps, on applique des compresses dans l'eau douce, dans laquelle on fait dissoudre du sel ammoniac; on évite les astringens.

Enfin si, malgré ces remèdes, les jambes ne se désenflent pas, et qu'au contraire elles se tuméfient à l'excès, ainsi que les cuisses; si les parties génitales sont tellement gonflées que la femme ne puisse se remuer, on doit alors faire quelques scarifications pour évacuer la sérosité; on panse les plaies avec le digestif simple : ceci doit être observé si la tuméfaction passe les reins, et que l'enfant ne se remue pas; la saignée, la diète exacte sont indispensables.

Outre les tumeurs dont nous venons de parler, il en est une autre bien plus dangereuse; c'est le phlegmon des parties voisines de la matrice. Une femme se porte bien, tout d'un coup elle éprouve les douleurs les plus aiguës dans les cuisses et dans les aines. Ces parties se tuméfient, s'échauffent, s'enflamment; il y a fièvre aiguë et les autres symptômes qui en dépendent : ce cas est très-rare. C'est une inflammation du genre des malignes qui vient

du dedans au dehors, par la pression de la matrice, et dont la résolution est presque impossible. Elle se termine presque toujours par la gangrène, qui fait périr les femmes : les saignées sont les seuls remèdes et les plus sûrs pour éviter les progrès de cette inflammation.

Section VII.

Des hernies qui surviennent aux femmes grosses.

On entend par hernie toute tumeur qui arrive à la surface du corps, et qui est formée par le déplacement de quelques parties contenues dans quelques cavités, et ces hernies diffèrent à raison du lieu où elles se font, et des parties qui les forment. Nous ne nous amuserons pas ici à déduire toutes les différences, qui sont assez longues, nous l'avons fait ailleurs ; nous ne les considérerons que relativement à la grossesse.

La hernie, chez les femmes grosses, se fait ordinairement à l'ombilic, et par les différens espaces que laissent entre eux les muscles abdominaux, et par les anneaux de ces mêmes muscles ; il s'en forme quelquefois par l'échancrure du trou ovalaire. La vessie fait assez souvent hernie, chez les femmes grosses, par l'anneau des muscles du bas-ventre, par la pression de la matrice, qui la partage comme en deux poches ou en deux sacs

sacs particuliers. La hernie, considérée relativement à cet état de la grossesse, peut être simple ou compliquée; elle est simple quand elle rentre aisément et qu'il n'y a aucune des fonctions lésées, soit par l'adhérence ou par quelques étranglemens: la hernie est avec ou sans rupture. Une femme peut être sujète à la hernie hors le temps de la grossesse, ou y avoir été sujète avant cette époque, et même dans sa jeunesse: dans ce cas, elle est essentielle; si elle dépend de la seule pression de la matrice, elle est symptômatique.

Causes.

Hors l'état de grossesse, nous connoissons les différentes espèces de hernies. Pendant la grossesse, la cause éloignée est la pression de la matrice sur les parties contenues dans le bas-ventre, laquelle pression les force à sortir par l'endroit qui leur offre moins de résistance: or ce sont les intestins qui sortent le plus communément et par l'ombilic; l'exomphale sera donc l'espèce de hernie la plus commune chez les femmes grosses. Le relâchement naturel de la fibre dispose à cette maladie, et la pression de la matrice la détermine.

Symptômes.

On observe la tumeur, soit à l'ombilic, soit aux aines, soit à tout autre endroit de la surface du

ventre. Cette tumeur est ronde, quelquefois oblongue; elle disparoît dans certaines positions, ou bien lorsqu'on la comprime. Si elle est formée par les intestins, elle est élevée et saillante, et fait du bruit en rentrant; si c'est l'épiploon, elle est flasque, mollette, pâteuse, charnue, et ne fait aucun bruit en rentrant.

Diagnostic.

Il est très-facile de connoître la hernie; mais savoir si elle est faite par l'intestin ou par l'épiploon, ce n'est pas toujours aisé.

Prognostic.

La hernie en elle-même n'est pas fâcheuse chez les femmes grosses; elle se guérit communément après l'accouchement. Si les femmes ont de l'embonpoint, elle ne rentre guère qu'elle ne s'étrangle; alors elle est dangereuse. On sait que le premier symptôme est le vomissement, accident qui produit l'avortement; d'où nous devons conclure que la hernie étranglée est fort dangereuse.

Curation.

L'indication est, 1°. de faire rentrer la hernie, 2°. d'empêcher qu'elle ne sorte de nouveau. La situation remplit seule la première indication. Si elle ne suffit pas, on met en usage le taxis; le

bandage élastique remplit la deuxième. Or quand on est parvenu à faire rentrer la hernie, on applique un bandage fait exprès, pour qu'il puisse prêter aux différens mouvemens que fait la femme. Cet instrument vaut mieux, chez les femmes grosses, que tous les remèdes qu'on pourroit leur donner. Quelquefois la hernie ne peut pas rentrer, malgré tous les moyens qu'on emploie. Dans ce cas, il faut la soutenir, prévenir les étranglemens par le repos, par la position convenable, et tenir le canal intestinal libre, au moyen des lavemens. Si quelques douleurs se font sentir, on saigne promptement, on fait des fomentations sur le ventre, et on multiplie les lavemens.

SECTION VIII.

De l'écoulement des eaux.

Il survient aux femmes grosses, sur la fin de leur grossesse, et sur-tout dans les derniers jours du neuvième mois, un écoulement d'eau qui les gêne infiniment : cet écoulement est de deux espèces, à raison de la nature des eaux qui sortent. Ou ces eaux sont claires, transparentes, sans odeur et sans saveur, et ne produisent pas l'affaissement du ventre; ou elles sont plus épaisses, plus chargées, plus colorées, et donnent lieu à l'affaissement du ventre.

Dans le premier cas, ce sont les fausses eaux, *aquæ fugitivæ*; dans le second, ce sont les véritables eaux qui s'écoulent. Ces eaux peuvent facilement suinter d'une manière continue, ou être jetées par jets flasques (comme parlent les femmes), et cela plus ou moins dans une journée; enfin elles peuvent couler en plus ou moins grande quantité.

Causes.

La sortie des véritables eaux est produite par la pression de la matrice, qui commence à revenir sur elle-même dès les quinze derniers jours du neuvième mois, et qui oblige les eaux qu'elle contient à suinter à travers les membranes. Si elles sortent brusquement, il y a pour lors rupture dans les membranes, suite d'un effort quelconque.

Quant aux causes des fausses eaux, elles sont fort obscures. On a beaucoup parlé sur cette matière sans rien éclaircir. Je pense que les eaux dans lesquelles l'enfant nage sont fournies par la matrice, et coulent de tous les points de sa surface interne; elles ne sont que l'amas de cette sérosité destinée à tuméfier le viscère hors le temps de la grossesse, et à entretenir la souplesse dans ce temps. Cette sérosité sort par la vulve, à mesure qu'elle se filtre; mais pendant la grossesse elle ne peut le faire, à cause de l'adhérence des mem-

branes à la superficie interne de la matrice ; elles pénètrent dans le tissu de ces membranes, transsudent à travers leurs parois, et s'épanchent dans la cavité qu'elles forment. Or j'ajoute qu'il peut se faire qu'une cause quelconque détache, dans ce dernier temps de la grossesse, une partie du chorion de la matrice ; puis cette sérosité ne pouvant plus pénétrer dans la cavité de l'amnios, à l'endroit de cette séparation, décollera peu à peu le chorion de la matrice dans une grande étendue, formera différentes rigoles entre ces deux parties, qui une fois parvenues à l'orifice de la matrice, donneront issue à la liqueur qui les a formées ; ou il survient quelques petits efforts, comme l'action de se baisser, de tousser, d'éternuer, de cracher. Il se fera une compression subite sur la poche particulière, compression qui pourra chasser brusquement les eaux.

Symptômes.

Les femmes se sentent mouillées. Si ce sont les fausses eaux, l'écoulement n'est qu'un simple suintement, que quelques efforts rendent plus considérable. Le ventre ne s'affaisse pas ; mais s'il y a quelques ruptures aux membranes, l'évacuation est abondante, le ventre s'affaisse, et les mamelles se flétrissent quelquefois : de petites douleurs se font appercevoir, elles mettent les femmes en danger,

parce que le placenta se décolle, et que l'accouchement peut être prématuré.

Diagnostic.

On distingue les fausses eaux sur ce que nous avons dit : on examinera les différences, et on prononcera en conséquence.

Prognostic.

Le suintement simple des fausses eaux, et même des vraies, n'a rien de fâcheux, s'il est léger; mais s'il est considérable, il devient fâcheux, parce que l'accouchement sera prématuré : il est encore plus fâcheux quand ce sont les véritables eaux qui sortent par suite de la rupture des membranes; car alors l'accouchement se fera, et sera difficile, long et laborieux.

Curation.

Si ce sont les fausses eaux, on recommande à la femme beaucoup de repos, la situation horizontale sur un lit, pour prévenir la rupture des membranes, qui alors est fort aisée, à cause du décollement du chorion d'avec la matrice. On saigne, s'il est nécessaire; on prescrit un régime; on ordonne, pour gagner du temps, quelques bouillons, quelques boissons qui passent pour astringentes, et qui ne le sont pas, comme la racine de grande

consoude : par ce moyen, on prévient la sortie des vraies eaux, et les accidens qui les suivent.

Dans ces cas, où les vraies eaux sont sorties, il est des accoucheurs qui, dans la crainte d'avoir des accouchemens laborieux, conseillent d'accoucher sur-le-champ. Ce n'est pas mon avis. Je conviens que l'accouchement se fera à sec ; mais il sera moins difficile que celui qui se fera tout de suite, puisque l'orifice de la matrice n'est point du tout dilaté. C'est pourquoi j'aime mieux attendre le temps ordinaire, d'autant plus que la tête s'adaptant à l'orifice de la matrice, il se forme assez de nouvelles eaux pour lubrifier les parties génitales, et faciliter leur dilatation. On recommande encore, dans ce cas, le repos, la situation horizontale et la saignée, si le cas l'exige.

SECTION IX.

De la goutte-crampe.

La goutte-crampe est une convulsion douloureuse, vive, brusque, qui prend tout-à-coup, et qui se fait sentir dans différentes parties. Peu de femmes grosses en sont exemptes les trois derniers mois de leur grossesse : or elle diffère à raison de son siége ; ce sont ordinairement les extrémités supérieures qui en sont attaquées. Cette convulsion

peut être vive ou forte, revenir de loin en loin, ou plusieurs fois dans la journée.

Causes.

Plusieurs causes paroissent concourir à produire cette maladie. On peut assigner, 1°. le reflux du sang vers les parties supérieures ; 2°. une sécrétion plus abondante d'esprits animaux, et une distribution irrégulière de ce même fluide dans les muscles ; 3°. la sensibilité des nerfs augmente par l'effet de la pression qu'ils éprouvent de la part des vaisseaux sanguins énormément distendus, qui les accompagnent dans leur trajet, et qui sont dans un état de pléthore, produit par le même reflux de sang.

Symptômes.

Une femme éprouve tout d'un coup une douleur aiguë dans le bras, semblable à la piquure d'un millier d'épingles ; les muscles de cette partie sont attaqués de convulsions vives et toniques, mais qui durent peu. Les accès reviennent communément la nuit, interrompent le sommeil ; s'ils sont fréquens, les femmes en sont si incommodées qu'elles en perdent l'appétit et la patience : cet état altère beaucoup leur humeur.

Diagnostic.

La femme instruit elle-même de son mal.

Prognostic.

La goutte-crampe n'a rien de fâcheux ; mais si elle est grave, elle avance l'accouchement et le rend difficile, ce qui empêche l'enfant de faire sa petite culbute, et de se placer avantageusement. Une pareille convulsion, venant pendant le travail, peut faire périr l'enfant en un quart-d'heure : heureusement ce mal est rare.

Curation.

Il ne faut pas se flatter de guérir radicalement, on ne peut que soulager : où la pléthore, où le reflux de sang ont lieu, il faut donc soulager l'un et l'autre. On saigne, et même plusieurs fois, si les accès sont fréquens ; on fait coucher la femme horizontalement sur les côtés : cette situation suffit souvent pour enlever la crampe, parce qu'alors la pression cesse dans les gros vaisseaux. Le genre nerveux y est attaqué, il faut y avoir égard : or la diète tempérante, le lait, calment le mouvement désordonné du sang, des esprits. On peut donner, dans la même vue, les antispasmodiques légers, comme l'eau de fleur d'orange, l'infusion de fleur de tilleul, de pivoine, de caille-lait, de grande valériane, la racine de safran dans le lait, le coquelicot : on doit bannir les narcotiques. On fait sur la partie des frictions sèches, d'abord avec la

main, puis avec un linge chaud, pendant et après l'accès. On peut exposer la partie aux vapeurs de benjoin; on peut faire des douches avec l'*hepar sulfuris* dans les acides, et le safran de Mars. Les lavemens d'eau simple ne peuvent que bien faire. Si les premières voies sont farcies de saburres, on purge, mais avec précaution; car, dans le dernier mois de la grossesse, il faut être fort circonspect sur ce moyen : quelques praticiens appliquent l'onguent martiatum, d'autres le populeum; mais ce sont de très-petits remèdes qui n'ont pas grande vertu.

SECTION X.

Des ardeurs d'estomac et du soda.

Vers la fin de la grossesse, les femmes sont encore attaquées d'ardeurs d'estomac : ce sont des sensations qui leur montent le long de l'œsophage; il semble qu'on leur passe un fer rouge dans ce lieu : c'est le soda si familier aux Allemands.

Causes.

La prochaine est une impression vive et brûlante sur les parois de l'estomac et de l'œsophage. Cette sensation est due à la présence d'une matière aigre, suite ordinaire de mauvaises digestions. On sait que les acides végétaux ont la propriété de se volatiliser; ils s'élèvent donc en vapeurs au moyen

de la chaleur de l'estomac, et c'est cette vapeur qui va frapper la membrane nerveuse de ce viscère et de l'œsophage, et qui cause un sentiment douloureux, mais de peu de durée.

Symptômes.

La femme, après des vices de digestion pendant un certain temps, a des rots, des rapports aigres; elle sent des borborysmes dans le ventre, un sentiment de feu dans l'estomac et dans l'œsophage. Cet état donne quelquefois de la fièvre.

Diagnostic.

Il s'établit sur le rapport de la femme.

Prognostic.

Cet accident, en lui-même, n'est pas de conséquence; mais les mauvais levains qui le produisent peuvent passer dans les secondes voies, et produire différentes maladies qui suivent l'accouchement; il faut donc y remédier de bonne heure.

Curation.

La cause étant vice de digestion, il faut régler le régime, qui doit être exact : la femme ne doit manger que des substances bien fermentées, les choisir de vieux animaux, ne boire que du vin

vieux de Bourgogne. On purge une ou deux fois avec la rhubarbe. Cet article réglé, il faut songer à l'état de l'estomac, produit par la présence des esprits acides métamorphosés en fluides. Or les absorbans, en se combinant avec eux, formeront des sels neutres qui n'auront plus la même activité. Parmi ces substances, il faut employer les terres absorbantes. On se sert donc de la terre sigillée, de la craie, des yeux d'écrevisses : on donnera vingt-quatre gros de l'une de ces substances, dont on fait un bol, en y joignant quelques gros de cachou, ou de rhubarbe, ou de racine d'aunée, ou de tout autre stomachique, incorporé avec quelques syrops convenables. On en donne trois ou quatre fois par jour, avant ou après le repas. Si les ardeurs sont considérables, on donne une boisson abondante de chicorée sauvage ou de petit-lait.

ARTICLE IV.

Des maladies qui attaquent les femmes dans tous les temps de la grossesse.

Outre toutes les maladies qui attaquent les femmes pendant les divers temps de leur grossesse, il en est d'autres qui ne suivent pas les mêmes règles, mais qui se font appercevoir indistinctement dans

tous les temps : telles sont la vérole, la fièvre, l'inflammation. Or, de toutes ces maladies, la plus commune est la vérole, qui attaque les femmes enceintes, comme en un autre temps. On sait que cette maladie est totale ou partielle; la totale est la vérole proprement dite, la partielle n'est qu'un accident vénérien; le plus ordinaire est la gonorrhée.

SECTION PREMIÈRE.

De la gonorrhée des femmes grosses.

Nous ne parlerons des maladies contenues dans cet article que relativement à la grossesse. La gonorrhée est un écoulement vénérien qui se fait par les parties génitales des deux sexes, lequel est accompagné de cuissons, de chaleur, de dysurie. Ici, nous supposons un homme instruit de toutes les connoissances que nous avons exposées dans un autre lieu sur les différentes maladies qui affectent le corps humain.

Cette maladie a le même caractère chez les femmes grosses que chez celles qui ne le sont pas; les différences, les effets, les causes sont les mêmes.

Diagnostic.

Il est quelquefois assez difficile de connoître la

gonorrhée chez celles qui ne veulent pas avouer leur faute ou leur malheur. Il faut alors s'arrêter sur-tout à la douleur qu'elles éprouvent quand elles urinent, à l'écoulement qui se fait par le canal de l'uréthre et par le vagin, et à l'adhérence qu'il contracte avec les linges qui le reçoivent.

Prognostic.

Cette maladie n'a rien de bien dangereux; elle n'est fâcheuse que par sa longueur, l'incertitude de la connoître et de la guérir; car elle se guérit bien plus difficilement chez les femmes que chez les hommes, et sur-tout chez les femmes grosses, où on ne doit employer le mercure qu'avec prudence.

Curation.

Il faut se conduire ici comme si la femme n'étoit pas grosse, avec cette différence qu'on ne doit pas faire usage du demi-bain; il causeroit relâchement de la fibre, bouffissure, perte de sang, décollement du placenta et l'avortement. Il faut éviter l'usage des émulsions, ne pas insister sur l'usage des boissons relâchantes, par rapport aux vices des digestions, qu'on augmenteroit, et parce que l'estomac étant dérangé chez toutes les femmes grosses, il ne faut pas le gâter davantage par ces remèdes. La saignée convient mieux encore ici que que quand les femmes ne sont pas grosses, pourvu cependant que ce ne soit pas pendant les six pre-

mières semaines : nous n'en répéterons pas les raisons. On ne doit point donner des mercuriaux par la bouche; ils causeroient des vomissemens, des diarrhées, qui pourroient être suivis d'avortement: on peut cependant se permettre la panacée mercurielle, à la dose d'un grain et demi, deux grains, de deux jours l'un. J'aime beaucoup mieux, d'après l'expérience, donner des frictions sur les pieds, les jambes et les cuisses, mais légèrement sur ces dernières. On finit ce traitement par le lait, le petit-lait, quelques bols absorbans, mais rendus stomachiques par le moyen de quelques baumes naturels, comme celui de copahu, afin de rétablir les digestions et de favoriser la cicatrisation de l'ulcère. Au moyen de ces précautions, on peut traiter les femmes grosses dans tous es temps de la grossesse.

Section II.

De la vérole des femmes grosses.

Elle se manifeste comme chez les autres; elle peut paroître au commencement, au milieu, à la fin de la grossesse : les autres différences sont de même. Les causes et les symptômes sont les mêmes que dans toutes les véroles.

Diagnostic.

Les poulains, chancres, gonorrhées, exostoses, etc. dénotent la vérole, quand ils sont consécutifs.

Prognostic.

La vérole est beaucoup plus dangereuse chez les femmes grosses que chez celles qui ne le sont pas : car, outre les maux qu'elle produit, elle peut encore donner lieu à l'avortement, ou du moins à un accouchement fort malheureux. L'enfant est vérolé comme la mère, et vient au monde couvert de dartres, de galle, de pustules ; ce qui forme un spectacle hideux. La mère court risque de mourir dans la suite de ses couches, si la maladie est portée à un haut point. Quant à la curabilité, une femme grosse peut guérir comme une autre ; on la passe par les grands remèdes, et on guérit la femme et l'enfant.

Curation.

Le traitement est à peu près le même ; il n'y a que peu de changemens à faire. 1°. Si le mal se déclare au commencement ou au milieu de la grossesse, il n'y a nulle difficulté ; il faut traiter la femme, soit par salivation, soit par extinction ; 2°. si dans ce temps, l'état de la femme est douteux, il vaut encore mieux la traiter que de l'abandonner à elle-même : on évite par ce moyen les maux auxquels elle se trouve exposée ; 3o. la vérole se déclarant dans les deux derniers mois de la grossesse, les praticiens défendent le traitement ; mais

mais il faut déterminer quelle espèce de traitement convient, et il n'y a pas à balancer; c'est l'extinction. Je soutiens qu'une femme grosse et attaquée de la vérole, peut en être guérie par extinction, même dans le dernier mois de la grossesse, excepté le cas où le mal paroîtroit douteux : on peut alors attendre un moment plus favorable. La méthode de l'extinction est la meilleure et la seule qui puisse convenir; elle est plus sûre, moins disgracieuse, et peut être employée dans tous les temps de la grossesse.

Quant au traitement, il y a trois choses à considérer : la préparation, les remèdes et leurs effets.

1°. La préparation est essentielle; mais il faut s'abstenir des bains; ils relâchent, compriment la peau, repoussent le sang vers la matrice, causent des pertes et l'avortement. La seule préparation doit donc se réduire aux saignées, aux boissons délayantes et rafraîchissantes, seulement un peu aiguisées, à cause de l'estomac qu'il ne faut pas perdre de vue. 2°. Au bout de dix à douze jours de préparation, on en vient aux frictions, que l'on fait seulement sur les bras et sur les épaules; on respecte les reins, les fesses et les cuisses, à cause du voisinage de la matrice; on pourroit en faire sur les jambes et sur les pieds. Je traite toujours par extinction, et j'emploie l'onguent mercuriel avec une partie de graisse sur deux

de mercure, et, sur une once de cet onguent, je mets deux scrupules de camphre. Ce dernier remède prémunit les nerfs contre les effets du mercure, et retarde singulièrement la salivation. Je n'emploie à chaque friction qu'un gros ou deux et jusqu'à trois, et je les rapproche le plus qu'il est possible; je me garde bien de purger. Si la salivation survient, je fais boire, *largo haustu*, une décoction de bardane avec une demi-tête de pavot; le malade se couche, sue abondamment, et le mercure se porte à la peau. 3°. Le traitement fini, je passe à l'usage du lait coupé avec les stomachiques; je le donne pendant un ou deux mois, où je fais boire des eaux minérales, acidules pour rétablir l'estomac qui a souffert pendant le traitement.

SECTION III.

Des maladies aiguës qui attaquent les femmes grosses.

Parmi les maladies aiguës qui attaquent les femmes grosses, la plus commune est la fièvre; elle se manifeste dans tous les temps de la grossesse. C'est un état dans lequel la force et la vélocité du pouls sont augmentées, avec lésion des fonctions : la fièvre est continue, intermittente ou inflammatoire. Nous connoissons les autres différences de ces maladies, ainsi que leurs causes et leurs effets.

Il en est quelques-unes relatives à l'état de grossesse ; nous allons les décrire.

Causes et symptômes.

La fièvre cause chez les femmes grosses des douleurs vives dans le ventre, semblables à celles de l'enfantement. Ce symptôme a sur-tout lieu dans les six dernières semaines. Il est même des accoucheurs assez ignorans pour les regarder comme les véritables douleurs d'accouchement : en conséquence, ils mettent les femmes en travail, et les accouchent contre vent et raison ; l'enfant meurt, et la mère court risque de la vie. Les tranchées arrivent, parce que, dans le temps de l'accès de fièvre, toutes les parties entrent en contraction, la matrice comme les autres, et elle oblige l'orifice à se dilater ; et c'est de cette dilatation forcée que dépend la douleur en question.

Diagnostic.

Il est question de distinguer, dans le dernier mois, les tranchées dont nous parlons d'avec les douleurs d'enfantement. Pour cet effet, on examine l'orifice de la matrice. Si on le trouve dilaté, si on sent les eaux se former, que cet orifice soit mince, mol, flexible, et que l'enfant remue d'une façon tranquille et régulière, les douleurs sont bonnes, et l'accouchement va se faire ; le

contraire nous indique que les douleurs sont des tranchées.

Prognostic.

La fièvre aiguë et l'inflammation sont à craindre dans l'état de grossesse ; elles sont presque toujours la cause de l'avortement qui arrive dans les trois premiers mois; sur la fin, elles font souvent périr l'enfant : si la fièvre subsiste après l'accouchement, la mère périt pour l'ordinaire.

Curation.

Le traitement des maladies aiguës est le même dans le temps de la grossesse qu'en tout autre temps, à quelques circonstances près. 1°. Les émétiques, si nécessaires dans ces maladies, sont absolument interdits ici ; ils accélèrent l'avortement, déja trop à craindre : on y supplée par quelques purgations.

2°. On peut saigner et même plus copieusement que dans toutes les autres maladies de la grossesse, mais moins hardiment que dans tout autre temps.

3°. On peut administrer les purgatifs avec confiance ; on choisit les doux minoratifs et autres, non capables de produire l'avortement.

4°. Les narcotiques ne doivent être employés qu'avec beaucoup de circonspection. Si la grande agitation dans laquelle peut se trouver la malade exige leur usage, on choisit les plus doux ; le mieux

seroit de s'en abstenir. Voilà les règles générales dont il ne faut jamais s'écarter. Mais la femme éprouve les douleurs dont nous venons de parler ; elle est fort agitée : que faire ? Si les douleurs sont vives, et qu'on craigne quelque accident, on saigne du bras : la saignée ne peut nuire, quand même ce seroit un vrai travail ; il sera, à la vérité, un peu retardé ; mais il ne s'en fera que mieux. Si ce sont de fausses douleurs, la saignée n'est que mieux indiquée, et alors on recommande un repos parfait ; on évite tous les remèdes capables d'irriter et d'avancer l'accouchement ; la femme fait en sorte d'anéantir ses douleurs, ne poussant pas quand la douleur est passée ; on donne un lavement pour évacuer les gros intestins. Telle est la manière de se conduire en pareille occasion, quand même on seroit au neuvième mois ; car si c'est un véritable travail, l'accouchement doit s'avancer de plus en plus et se faire avec plus de succès. Si la fièvre est intermittente, on la traite à l'ordinaire, ayant toujours soin d'éviter les émétiques ; on fait usage du quinquina et des autres amers : ce sont les spécifiques en pareil cas.

SECTION IV.

De l'avortement.

L'avortement est la sortie de l'enfant à tel terme

qu'il ne puisse vivre ; or le terme s'étend depuis le premier jour jusqu'au septième mois : depuis ce temps, l'enfant peut vivre, et vit en effet.

L'avortement diffère à raison du temps où il arrive. S'il se fait dans les huit ou quinze premiers jours, *effluxus sanguinis*, ou plutôt *seminis*, l'embryon est alors à peine formé ; il n'est encore qu'une sorte de matière fongueuse. On appelle *expulsion* la sortie du fœtus, qui se fait depuis le premier jusqu'à la fin du deuxième mois, et elle est de deux sortes : ou l'enfant est chassé de la matrice immédiatement après sa mort, avec le placenta et ses membranes, ou il n'est expulsé qu'au bout d'un certain temps. Dans le premier cas, le fœtus sort enveloppé de ses membranes ; et comme il n'a pas le temps de se fondre et de se dissoudre, qu'il est au contraire bien formé, on lui donne le nom de *germe avorté*. Dans le second cas, le placenta, malgré la mort de l'enfant, reste adhérent à la matrice, continue à croître et à végéter, tandis que le corps du fœtus, encore tendre et mol, se fond, se dissout dans les eaux, et disparoît presque entièrement. La matrice, gênée par la présence de ce corps étranger, fait effort pour l'expulser ; elle se contracte ; le placenta se décolle ; celui-ci sort avec les membranes et les restes défigurés du fœtus : le tout forme ce qu'on appelle *faux germe*. On n'a

pas fait attention à la fonte de l'enfant ; on s'est imaginé que c'étoit une conception manquée : de là est venu le nom de *faux germe*, qui ne diffère du germe avorté que par le changement qui lui est arrivé. Enfin, passé le second mois, l'enfant est trop formé pour être détruit. S'il meurt alors par quelque accident, il est dans son entier, et produit ce que tous les accoucheurs appellent du nom d'*avortement*. Or toutes ces différences doivent-elles être admises ? je ne le pense pas. Je prétends que l'enfant vit dès le premier instant de la conception, et que la sortie du fœtus, le lendemain même de sa formation, est aussi bien un avortement que celui qui arrive vers le quatrième ou le cinquième mois. Ces distinctions, ces différences, ont été fabriquées pour tranquilliser la conscience des femmes étourdies, qui, par quelques imprudences ou quelques maladies, ont donné lieu à cet accident. On leur dit qu'elles ont fait un faux germe, qui a été obligé de sortir de façon ou d'autre ; on leur fait entendre qu'elles ne doivent rien se reprocher, et par là on les tranquillise. Il est des gens assez scrupuleux pour ne pas appeler *avortement* la sortie prématurée du fœtus, mais qui veulent qu'on la nomme *fausse couche ;* j'y consens. Ils prétendent que l'avortement ne convient qu'aux animaux : il convient aussi aux femmes ; et c'est ainsi qu'on doit appeler tout accouchement prématuré qui a lieu

avant le septième mois : passé ce temps, l'accouchement est vrai, puisque l'enfant peut vivre, et qu'avant ce temps c'est impossible.

Causes.

La prochaine est la contraction de la matrice, son froncement, son resserrement violent sur le corps qu'elle renferme. En effet, ce viscère ne peut se contracter sans se froncer : or tous ces froncemens, qui décollent le placenta, et qui détruisent son adhérence en rompant les vaisseaux de communication entre lui et la matrice, interceptent sa circulation de la mère et l'enfant. Ce dernier ne recevant plus de sang, et d'ailleurs perdant tout celui qu'il a, périt bientôt, et devient un corps étranger, qui gêne la matrice et l'excite à le chasser : ce qu'elle fait au moyen des mêmes contractions qui ont donné la mort à l'enfant. Tout ce qui mettra la matrice en jeu, et sera capable d'exciter des contractions violentes, sera regardé comme cause déterminante de l'accouchement ; ce qui disposera à la même contraction, sera la cause disposante de l'avortement : la foiblesse du sujet, son immaturité, si on peut parler ainsi. C'est par ces causes, que des filles mariées trop jeunes avortent dans le premier, second et troisième mois de leur grossesse. L'abondance des règles avant la grossesse expose à l'avortement, parce qu'elle

relâche la matrice, et en rend le tissu spongieux. Le flux menstruel pendant la grossesse produit aussi le même effet. Il semble qu'Hippocrate ait voulu parler de l'avortement, quand il dit, aphorisme VI, livre V : *Si mulieri utero gerenti purgationes prodeant, impossibile est fœtum esse sanum.*

Quant aux causes déterminantes, ce sont toutes celles qui causent immédiatement un ébranlement trop fort dans les fibres de la matrice, c'est-à-dire, en agissant sur la matrice même; et médiatement, c'est-à-dire, en tuant l'enfant, qui, une fois mort, devient un corps étranger qui excite la matrice à entrer en contraction.

Parmi les causes qui agissent immédiatement sur ce viscère, on compte d'abord l'abus ou le mauvais usage des six choses non naturelles. Ainsi un air impur, chargé d'exhalaisons sulfureuses et putrides, fait avorter; un violent exercice et des travaux pénibles produisent le même effet : en général, tout ce qui agite et secoue trop fort le corps est capable de produire l'avortement. Tels sont les mouvemens violens qui se font en tombant, sautant, criant, en se faisant traîner sur des charrettes dans des chemins pierreux, en recevant quelques coups sur le ventre. L'intempérance sur le boire et sur le manger produit aussi l'avortement : 1°. parce que les saburres acides et âcres qui se

forment produisent des vomissemens ; 2°. parce que ces levains passent dans les secondes voies, y portent une acrimonie qui irrite, agace et met en jeu les fibres de la matrice : d'ailleurs le chyle épais, visqueux, qui résulte d'une pareille intempérance, ou qui provient d'alimens cruds et indigestes, peut causer obstruction dans les vaisseaux de communication qui viennent de la matrice au placenta, intercepter les sucs propres à l'enfant, et le faire périr.

Les passions trop vives de l'ame produisent aussi l'avortement : ainsi un accès de colère, l'annonce d'une nouvelle affligeante, un violent chagrin, une joie imprévue, sont capables de faire avorter une femme fort promptement.

Les longues veilles, les jeûnes rigoureux, en épuisant la mère et l'enfant, disposent aussi à l'avortement ; l'usage du mariage trop répété peut aussi le produire, comme nous l'avons déja prouvé : aussi Hippocrate a dit : *Si mulier se concepisce ignoverit, primo tempore ad virum non amplius accedat, sed quiescat.*

La suppression des urines, des excrémens, qui arrive parce qu'une femme s'est retenue trop longtemps, peut causer l'avortement ; car alors les fréquentes contractions et les efforts différens que fait la femme pour les chasser se font sentir à la matrice.

Il est d'autres agens qui produisent l'avortement

en agissant encore immédiatement sur la matrice ; d'abord certaines maladies : orto utes celles qui sont aiguës causent ce fâcheux accident. Hippocrate nous en avertit par deux de ses aphorismes. Par érysipéle on doit entendre toutes les inflammations. Ces maladies sont précédées d'un frisson, pendant lequel la circulation est long-temps gênée. Le placenta communiquant avec la matrice par des vaisseaux capillaires ; la circulation s'y ralentit ; l'enfant ne reçoit pas assez de sucs, et meurt. D'ailleurs, pendant la maladie il y a érétisme universel, qui doit aussi exister dans la matrice. Enfin, dans la plupart de ces maladies il y a vomissement, qui suffit seul pour faire avorter. La fièvre intermittente fait toujours avorter, en causant dans le ventre des tranchées, de fausses douleurs, qui bientôt excitent la matrice à se contracter et à chasser le fœtus. La plupart des maladies dont nous avons traité ci-devant causent l'avortement : tels sont le vomissement, les douleurs des reins et de l'aine, la strangurie, la toux violente, les coliques, et toutes celles qui agissent en excitant de fortes contractions dans la machine, et sur-tout dans la matrice. Le flux de ventre produit encore l'avortement, comme le remarque Hippocrate, aphor. XXXIV, livre V : *Si alvus plurimùm fluat utero gerente, periculum est ne fiat avortum.* L'avortement est sur-tout à craindre quand le ténesme et les épreintes existent.

La grande évacuation qui se fait par le dévoiement prive l'enfant d'une partie de sa substance, et les fréquens efforts qui se font dans le ténesme déterminent l'avortement.

Les maladies de la matrice produisent l'avortement d'une manière encore plus certaine. Ainsi l'hydropisie, l'inflammation, l'ulcère, le skirrhe de ce viscère, sont autant de causes de cet accident. Dans tous ces cas, la matrice ne peut se développer suffisamment pour loger l'enfant et ses dépendances: tout est donc obligé de sortir avant le terme. Hippocrate a connu le danger de la matrice enflammée dans l'état de grossesse, quand il dit, aphorisme XLV, liv. IV : *Si mulieri pregnanti fiat erysipelas, lethale est.*

Outre ces maladies, il est d'autres accidens, et même singuliers, qui causent l'avortement : les coups, les chûtes, les efforts, un grand bruit subit, comme celui du canon, des cloches, d'un coup de tonnerre ; le trémoussement de l'air qui se communique à la matrice la met dans une sorte de convulsion, d'où suivent le décollement du placenta et l'avortement.

Les odeurs fortes et fétides déterminent souvent l'avortement. On a vu des femmes avorter en très-peu de temps, pour avoir respiré la vapeur du charbon et les exhalaisons d'une chandelle mal éteinte, ainsi que le rapporte Liébeau. Ces vapeurs occa-

sionnent sans doute une rarescence du sang, laquelle se communique au placenta, et de là à l'enfant, qui, ne pouvant supporter cette espèce de pléthore, périt ; ou bien c'est de l'affection des nerfs que dépend l'avortement : on sait comment les nerfs olfactifs communiquent avec tous ceux de la matrice. Enfin différéns remèdes, comme les forts purgatifs, quelques emménagogues, produisent l'avortement, et nous savons par quel mécanisme.

Les causes déterminantes qui tuent d'abord l'enfant, sont aussi en grand nombre : la vérole, le scorbut, l'épilepsie, qui se communiquent de la mère à l'enfant. Les grandes évacuations dont la mère se trouve attaquée, comme le vomissement, la diarrhée, le ptyalisme abondant, les sueurs copieuses, le produisent communément. Dans tous ces cas, l'enfant ne reçoit pas assez de sucs, attendu la grande déperdition qui s'en fait ; il est dans une exténuation complète, et meurt atrophié. Des hémorrhagies abondantes, comme pertes, vomissemens, crachemens de sang, les hémorrhoïdes varices, ouvertes, produisent cet effet, et d'une manière plus prompte. Les mauvais alimens dont use la femme, et qui produisent un chyle épais, peuvent produire l'avortement ; ce chyle ne peut faire qu'un enfant d'une consistance foible, délicate, et qui périra au moindre accident ; enfin, la misère, les chagrins de durée, les saignées multipliées

qu'on est obligé de faire dans une maladie aiguë, pour sauver la femme, produisent l'avortement.

Symptômes.

On les distingue en ceux qui annoncent l'avortement, et en ceux de l'avortement lui-même; enfin, en ceux qui lui succèdent.

1°. L'avortement est annoncé par un mal-aise, par un frisson. S'il dépend de causes chroniques, comme veilles, chagrin, évacuations abondantes, ces effets n'ont pas lieu : si la cause est aiguë, comme coup, chûte, peur, etc., les mamelles tombent, se flétrissent, se vident. Ce symptôme paroît plutôt dépendre du mal-aise universel que de la légère communication entre la mère et ces parties, au moyen de l'anastomose des artères-mammaires internes et des épigastriques; le visage devient pâle, have, défait, la bouche fétide; le ventre s'abaisse, se porte d'un côté et d'autre; il survient des douleurs aux reins, qui vont se terminer au fondement et à la vulve.

2°. L'avortement commençant, les douleurs deviennent beaucoup plus vives: ce sont de fortes tranchées qui dépendent du tiraillement de la matrice et de ses ligamens : la perte survient ensuite. Elle est d'abord égale et augmente bientôt, et reconnoît pour cause la rupture des vaisseaux sanguins, qui se fait par le décollement du pla-

centa. Le sang qui coule est fluide, brun et veineux, s'il sort par la vulve, à mesure que les vaisseaux le fournissent; ou bien il vient en caillots, s'il séjourne quelque temps dans la matrice et le vagin; il s'établit de véritables douleurs, qui dépendent de la dilatation commençante de l'orifice de la matrice. Le tout continuant dans cet état, la fièvre s'allume, la perte augmente, devient abondante; les membranes se crèvent, les eaux coulent. Si on porte le doigt vers l'orifice de la matrice, on le trouve dilaté; on sent un corps qui s'avance: c'est le fœtus seul, et on facilite sa sortie.

3°. Les effets qui suivent l'avortement sont les foiblesses, les syncopes, l'anéantissement du pouls, et souvent les femmes meurent à la suite de cet état.

Diagnostic.

L'avortement est fort aisé à connoître. Si la perte survient à la suite de quelques violentes chûtes, d'un furieux coup, d'une terreur panique; si elle occasionne foiblesse, que l'orifice de la matrice soit déja béant, la femme avortera sûrement. Si au contraire la perte est modérée, qu'elle soit la suite d'un léger effort, que les mamelles se soutiennent, que l'orifice de la matrice soit dur et fermé, on peut présumer que la femme échappera à l'avortement.

Prognostic.

L'avortement est un accident très-fâcheux ; l'enfant perd la vie ; la mère court grand risque pour la sienne. La perte de sang est quelquefois si considérable, qu'elle fait périr la femme en peu de minutes : si elle est accompagnée de douleur et de foiblesse, c'est d'un très-mauvais présage. Hipocrate dit que l'avortement en lui-même ne fait pas le danger, mais bien les suites.

L'avortement, au commencement de la grossesse, n'est pas, à beaucoup près, aussi dangereux que celui du milieu ; les vaisseaux sont peu développés, reçoivent une petite quantité de sang ; la perte est par conséquent moins grande : d'ailleurs, la matrice revient sur elle-même plus promptement ; le contraire arrive vers les sixième et septième mois. Si dans le premier et deuxième mois, l'enfant sort le premier, c'est une môle, parce qu'il faudra un second travail pour faire sortir le placenta, qui est alors huit et quelquefois dix fois plus gros que le fœtus. Si, dans le cinquième ou sixième mois, l'enfant sort le premier, c'est un bien, parce qu'alors étant plus gros que le placenta, il lui fraie la route. Si au contraire, dans le quatrième et le sixième mois, le placenta sort le premier, c'est un mal, parce que l'enfant aura beaucoup de peine à sortir, étant plus

plus gros que lui. L'avortement est plus dangereux chez la femme forte que chez la foible.

Curation.

Dans le traitement de cette maladie, nous avons deux cas principaux à considérer : 1°. une femme a déja avorté plusieurs fois ; elle est actuellement grosse, et on veut parer à cet inconvénient : telle autre femme n'a jamais avorté, mais, à la suite d'un accident quelconque, tous les symptômes qui annoncent l'avortement paroissent : que faire dans ces deux cas ? le voici. Trois choses à considérer : 1°. l'excès de la foiblesse du sujet, 2°. la pléthore excessive, 3°. l'excès de viscosité dans les humeurs.

Dans le premier cas, puisque la femme est trop jeune, qu'elle n'a pas la force de porter son enfant à terme, il n'y a pas d'autre moyen à tenter que de la séparer d'avec son mari, *donec crescat*, dit Hippocrate. On la nourrit avec les mets les plus exquis et de meilleur suc, les viandes rôties, les consommés, les gelées, les bons vins vieux, les spiritueux, les ratafiats et autres liqueurs : le lait peut remplir le même objet. Au moyen de ces alimens et de ce régime, on rend la femme propre à porter son enfant à terme. Si c'est la trop grande jeunesse qui cause cet accident : par exemple, la femme n'a que quatorze, quinze ans, il faut la

tenir séparée de son mari, jusqu'à ce qu'elle ait atteint sa dix-huitième ou sa vingtième année. — Mais elle a l'âge convenable : alors c'est sa constitution, son tempérament qu'il faut changer. On lui interdit les droits du mariage pendant un an, et on la nourrit, comme nous venons de l'indiquer ci-dessus, avec des alimens appropriés.

Dans le cas de pléthore, l'embryon encore tendre ne peut supporter l'abord du sang qui se fait à la matrice, au premier temps de la conception ; il n'est pas assez fort, assez grand, pour employer cette surabondance de sang, dans laquelle il périt noyé : le meilleur moyen est de prévenir l'avortement, en saignant. On fait la première saignée au bout de six semaines après la conception, puis les autres, de mois en mois, au temps où devroient paroître les règles. Il est même des femmes si sanguines, qu'on est forcé de les saigner tous les quinze jours, dans la même vue : on règle leur régime, et on recommande l'exercice. Enfin l'avortement habituel, qui dépend de la viscosité des humeurs, demande un choix des meilleurs alimens, l'usage des délayans, des stomachiques et des purgatifs. On purge trois ou quatre fois, dans le temps de la grossesse, avec la rhubarbe, la poudre cornachine, le séné ; on insiste sur l'usage des incisifs stomachiques, et par ce moyen on rend les viscosités analogues à nos humeurs ; on

prévient les engorgemens qui pourroient se faire dans les rudimens du placenta, et l'enfant recevant librement les sucs qui lui conviennent, vient heureusement à la vie.

La femme a toujours accouché heureusement; mais un coup, une chûte, vont la faire avorter; les symptômes qui précèdent l'avortement paroissent : que faire? il faut alors faire tous ses efforts pour prévenir les accidens. Or, dans ce cas, l'avortement est dû à une certaine irritation exercée sur la matrice, en vertu de laquelle ce viscère se contracte; il faut donc enlever ce qui donne lieu à cette irritation : or c'est l'abondance des sucs et des esprits animaux qui se portent à la matrice; on doit donc les diminuer : il faut en outre porter ses vues du côté de la sensibilité de ce viscère, engourdir ses fibres, et rendre sa sensation plus obtuse.

On commence par faire coucher horizontalement la femme sur le dos, les cuisses un peu élevées, et rapprochées du ventre; on lui recommande, dans cette situation, qui doit durer huit, dix, douze, quinze ou vingt jours, suivant l'intensité des symptômes, le plus de tranquillité possible; on éloigne d'elle tout ce qui peut la chagriner, l'irriter, la mettre en colère. Dans cette situation, le sang se porte à la matrice avec moins de vélocité; il marche horizontalement et également vers toutes

les parties du corps : on diminue par là l'affluence du sang vers la matrice, et son irritation sur ce viscère. D'ailleurs, cette situation tend à calmer les convulsions et les foiblesses qui paroîtroient bientôt. Si la perte continuoit avec force et long-temps, on fait deux ou trois saignées ; mais il faut que la perte soit excessive. Pendant ce temps, on nourrit la femme avec des bouillons de veau et de poulet: le lait, s'il peut passer, est excellent. On ordonne pour boisson ordinaire des raclures de corne de cerf en décoction, parce que le peuple les croit astringentes; mais on ne les emploie que comme adoucissantes : on peut aussi donner le gruau, le riz, l'eau d'orge. Ces médicamens, en donnant plus de consistance au sang, diminuent son abord vers la matrice, et, en enveloppant les mollécules âcres, calment l'irritation des fibres de ce viscère.

Il faut bien se garder d'employer les astringens directs ; ils sont tous toniques ; ils irritent et augmentent la cause que nous avons à combattre, qui est la trop grande sensibilité des fibres de la matrice et le mouvement trop vif du sang vers ce viscère: on laisse prendre la cochenille dans un œuf ; la pierre pendue au cou, les oraisons et cantiques font moins d'effet qu'une saignée faite à propos. Des remèdes encore plus efficaces sans contredit sont les narcotiques ; ils engourdissent singulièrement les fibres de la matrice, et dimi-

nuent beaucoup l'évacuation sanglante qui se fait par ce viscère. On donne l'opium, le laudanum, le syrop de diacode, à la dose de six gros, une once en deux prises. Ces remèdes s'administrent tous, quand les accidens ne cèdent point aux autres que nous avons prescrits : communément cependant leur usage est suivi d'un bon succès. Quand on veut faire le lit de la femme, deux personnes robustes la soulèvent sur un drap, sans irriter l'orifice de la matrice.

Pour tirer un prétendu faux germe, crainte de faire sortir un véritable enfant, on a coutume de donner des lavemens à la femme : je les blâme ; ils ne font qu'irriter et augmenter la cause du mal : je les permets dans le seul cas où la femme n'auroit pas été à la garde-robe depuis deux ou trois jours, parce que la constipation a aussi des accidens.

Mais, malgré tous ces moyens, la perte continue avec force ; elle semble exiger les astringens, les cordiaux, car les foiblesses commencent à s'appercevoir ; enfin, l'avortement va se faire ; l'orifice de la matrice s'ouvre de plus en plus : que faire ? il faut d'abord considérer dans quel temps de grossesse se trouve la femme. Supposé que ce soit au cinquième ou sixième mois, c'est la présence de l'enfant qui cause tous les accidens graves : les astringens, les cordiaux, les confortatifs ne feront rien. Il est de plus évident que la nature ne

pourra se suffire à elle-même pour chasser l'enfant; il faut donc la secourir. Toutes les fois que la femme reste dans le même état, malgré les secours prescrits, que la perte est assez forte pour la faire périr, que les foiblesses commencent, il n'y a pas à balancer, il faut l'accoucher promptement et de force; car la matrice, une fois vuide, revient sur elle-même, se resserre; les extrémités des vaisseaux rompus se referment, et la perte cesse comme par enchantement: de sorte que si les femmes conservent encore quelques forces, elles en réchappent. L'enfant périt, à la vérité; mais on a l'avantage de l'ondoyer presque toujours, ce qui est une grande joie pour les parens; et sur-tout on sauve la mère.

Quand donc absolument on ne peut pas prévenir l'avortement, il faut accoucher promptement. Pour cet effet, on place la femme en travers sur le bord de son lit, couchée presque horizontalement, les cuisses élevées; on introduit d'abord un doigt graissé, puis deux, ensuite un troisième dans l'orifice de la matrice. Ces trois doigts introduits, on les écarte en dilatant l'orifice de la matrice, ce qui est fort aisé, parce que ces parties sont relâchées par la perte; enfin, avec la patience, on entre dans la matrice; on cherche promptement les pieds de l'enfant et on l'amène, comme nous le dirons en son lieu. On n'a pas, pour l'ordinaire, la peine de délivrer la femme, puisque le déplacement du pla-

centa est la cause de tous les accidens que nous avons décrits : cependant, s'il tenoit encore par quelques portions, on achève de le détacher, et on en fait l'extraction ; on fait un peu baisser les cuisses de l'accouchée, on tranquillise son esprit, on prescrit des restaurans.

Voici un autre cas. L'avortement se fait dans le courant du deuxième mois ; c'est par conséquent un germe avorté qui doit sortir : on demande s'il faut attendre qu'il sorte, ou le faire venir par le secours de l'art. Avant de passer outre, il est bon d'observer que les accidens qui arrivent ici sont bien moins considérables que ceux de l'avortement du cinquième au sixième mois : nous en avons vu les raisons en traitant du prognostic de cette fâcheuse maladie ; on a donc plus de temps à soi, on peut attendre la nature. Il y a deux cas à considérer : ou la femme est en danger, ou elle n'y est pas ; dans le premier cas, la perte est considérable, les foiblesses fréquentes, et les convulsions existent, les forces se perdent de plus en plus : alors il ne faut pas balancer ; il faut tirer le faux germe, qu'il soit engagé ou non dans l'orifice. S'il y est déja engagé, on le tire doucement, en dégageant de droite à gauche, de façon qu'on ne puisse le rompre ; car il seroit assez difficile d'aller chercher le reste : s'il n'est pas encore assez dégagé, on tâche d'insinuer deux ou trois doigts dans la matrice, et

on ne tarde guère à trouver ce que l'on cherche, parce qu'il se présente à l'orifice. On le saisit du mieux que l'on peut, et on le tire. Une fois sorti, les accidens cessent. Si le cas n'est pas pressant, que le faux germe ne soit que peu engagé, il est plus prudent d'attendre encore quelque temps, crainte de rompre le corps mollasse et tendre ; on termine promptement les accidens.

Mais s'il est descendu aux trois quarts, on ne risque rien de le tirer ; on termine promptement les accidens.

ARTICLE V.

Des précautions requises pour procurer un heureux accouchement à une femme parvenue à terme.

La femme ayant été préservée ou guérie pendant sa grossesse de tous les accidens que nous venons d'énoncer, il nous reste, pour finir cette matière, à savoir comment elle doit se comporter pendant les derniers mois pour se procurer un heureux accouchement ; puis nous traiterons des maladies qui attaquent l'enfant dans le sein de sa mère.

Or l'expérience nous apprend qu'il faut prendre beaucoup plus de précautions pour une femme forte et robuste que pour une, qui est foible et délicate ; ces dernières ont un accouchement bien moins fâcheux : c'est sur-tout des suites de l'accouchement dont

nous entendons parler ; car l'accouchement est plus heureux chez les femmes fortes que chez les foibles.

Le traitement de la femme délicate consiste à régler le régime, à prescrire un exercice modéré, et à purger une fois dans les quinze derniers jours. Ce dernier remède prévient d'une manière sûre les mauvaises suites de l'accouchement, en évacuant la saburre des premières voies, et en empêchant son passage dans les secondes voies. Le régime convient bien alors. La femme usera d'alimens de bons sucs, de viandes plutôt bouillies que rôties, boira du bon vin, un peu noyé d'eau. L'exercice doit être modéré ; s'il étoit trop violent, il empêcheroit l'enfant de faire sa petite culbute, et de se placer comme il convient.

La femme forte et robuste doit observer les mêmes règles que la délicate ; mais de plus on doit la saigner. Ce remède préparatoire est essentiel chez les femmes sanguines ; il relâche les vaisseaux, qui ne doivent pas être trop forts pour un accouchement heureux ; il prévient aussi la perte. On purge avec la rhubarbe et quelques autres minoratifs.

On ne doit rien craindre de l'usage des purgatifs : l'expérience a décidé à cet égard, quoique les anciens pensassent autrement. Si la femme est étroite, il est utile qu'elle se graisse, les dix ou douze derniers jours, les parties génitales avec de bonne huile d'olive, ou du beurre frais, ou de l'axonge de

porc. Ces fomentations relâchent peu à peu les parties, les accoutument à prêter, et elles se dilatent beaucoup mieux lors de l'accouchement. Les bains, que quelques auteurs conseillent pour produire cet effet, ne valent rien ; il y auroit même du danger à les employer.

ARTICLE VI.

Des maladies qui attaquent l'enfant dans la matrice.

L'enfant, dans le sein de la mère, peut être attaqué de plusieurs maladies ; la grande difficulté est de les connoître. Jusqu'à présent nous n'en connoissons encore que deux, qui sont, les convulsions et son extrême foiblesse.

SECTION PREMIÈRE.

Des convulsions.

Les convulsions, en latin *insultus epilepsiæ*, sont des mouvemens irréguliers, désordonnés, qui agitent l'enfant dans le ventre de sa mère : il ne faut pas les confondre avec les mouvemens ordinaires qu'il fait pour se mettre à son aise ; ces derniers sont modérés, tranquilles et réguliers ; les autres sont d'ordinaire vifs et irréguliers, se font par soubresauts : on voit le ventre de la mère se mouvoir sensiblement ; elle éprouve quelquefois des douleurs d'une violence extrême.

Diagnostic.

Il est fondé sur les symptômes précédens. On s'informe si le père ou la mère sont sujets aux convulsions ; c'est une certitude de plus.

Prognostic.

Ce mal est dangereux quand il est porté à un haut degré ; il peut produire l'avortement et tous les accidens fâcheux qui le suivent. Quant à la curabilité, on ne guérit guère.

Curation.

Le genre nerveux est affecté dans cette maladie ; il faut donc diminuer sa vibralité : or l'expérience nous montre que la saignée est le meilleur moyen pour remplir cette indication ; elle tranquillise, comme par enchantement, la mère et l'enfant. On la répète une ou deux fois, même plus, si le cas l'exige ; on prescrit un régime exact, une diète modérée. L'exercice et la promenade sont d'une indispensable nécessité. Les lavemens faits avec une décoction de pivoine, de caille-lait, de fleurs de tilleul, sont fort utiles. Apparemment que les molécules médicamenteuses pénètrent le tissu de la matrice, et vont porter leur effet antispasmodique jusqu'au corps de l'enfant. On recommande à la femme de les garder, et pour cet effet on n'en

donne que la moitié. Quelques praticiens conseillent les engourdissans ; pour moi, je les rejette, et je m'en suis toujours mal trouvé : ils suspendent, à la vérité, les convulsions ; mais ce n'est que pour peu de temps ; elles reviennent ensuite avec plus de force et de violence.

Section II.

De la débilité de l'enfant dans le sein de sa mère.

Nous entendons par débilité cet état de langueur, de foiblesse dans lequel l'enfant vit et végète dans le sein de sa mère. Quand l'avortement se fait *sponte*, sans cause évidente, sans coups, sans chûte, etc., il y a grande apparence qu'il est produit par quelques maladies de l'enfant, et surtout par sa débilité.

Causes.

Cette foiblesse paroît dépendre de ce que les vaisseaux du placenta ne s'abouchent pas bien avec ceux de la matrice, ou bien la communication étant parfaite, il peut se faire que les humeurs soient épaisses, visqueuses. Malheureusement nous manquons de signes pour reconnoître cette viscosité. La débilité de l'enfant peut encore dépendre de deux causes : 1°. de la délicatesse et de la foiblesse du père et de la mère, 2°. des maladies qu'ils auront eues, telles que la vérole, le scorbut. Ces

maladies auront été guéries avant la conception, à la vérité ; mais les parens seront restés dans un état d'épuisement, dont ils ne peuvent se relever ; ou bien le père aura été libertin : il est vieux, usé, peu propre à faire concevoir ; il ne fournira que la moitié de ce qu'il faut pour faire un enfant de bonne constitution ; il ne donnera qu'une semence mal cuite, peu propre à former un être fort et robuste, et qui n'aura nulle des propriétés requises ; il ne remplira qu'en partie les vues de la nature.

Symptômes.

Si une femme se porte bien dans sa grossesse, qu'elle soit forte et robuste, qu'elle mange et dorme bien, et que, malgré cela, elle avorte régulièrement, il est fort à présumer que les sucs sont fort épais et visqueux. Pour lors la circulation se fait mal dans toutes les parties ; le sang roule difficilement dans les vaisseaux qui vont de la matrice au placenta ; ils s'arrêtent, causent engorgement, et l'enfant, ne recevant plus assez de sucs, languit, ne fait que végéter, et tombe dans une sorte d'atrophie et de consomption qui le mène au tombeau.

Le diagnostic s'établit sur les causes et les effets que nous venons de détailler.

Prognostic.

Cette débilité, portée à un certain degré, est dangereuse ; elle peut occasionner au moins un accouchement très-laborieux, et quand l'enfant vient vivant, il meurt deux ou trois jours après sa naissance.

Curation.

Dans le cas de viscosité des humeurs, il faut les fondre : on commence par porter ses vues du côté de l'estomac ; on saigne le troisième, cinquième et septième mois ; après chaque saignée, on place un purgatif suivi d'eau de rhubarbe, pendant dix jours, ou d'une eau minérale. Par ce moyen on diminue la quantité de sang, on évacue les saburres des premières voies, et on atténue les tumeurs secondaires ; il ne peut plus passer de crudités dans les secondes voies, ni de sucs grossiers dans le placenta. La circulation du sang sera libre, et son arrivée de la mère à l'enfant sera aisée ; ce dernier, de foible qu'il étoit, deviendra fort et robuste. Si l'enfant doit sa débilité à la foiblesse du père et de la mère, il y a peu de moyens à employer ; il sera rachitique, délicat, et périra avant l'âge de trois ans, pour l'ordinaire : mais si la mère se porte bien, et que le père soit vieux, caduc, débile, épuisé, il y a du remède : la femme se nourira

avec les viandes les plus fines, les mets les plus succulens ; n'usera que de bon vin vieux de Bourgogne, de bons consommés, etc. : ces substances produiront une quantité prodigieuse de sucs. Il faut prévenir les maux qui suivroient une pareille pléthore : on saignera à cet effet de temps en temps, pour empêcher le sang de se porter en trop grande quantité à la matrice, car il pourroit suffoquer le fœtus.

Puisque nous sommes sur cette matière, nous donnerons, par forme de disgression, quelques conseils aux femmes, qui, étant encore jeunes, épousent des vieillards, plutôt par intérêt que par amour. Le sacrifice qu'elles font se trouveroit être sans fruit, si elles ne s'assuroient d'un héritier qui pût leur faire passer le bien du vieil époux après sa mort. Nous n'ignorons pas qu'il est des moyens plus courts et plus agréables que ceux que nous allons proposer ; mais nous parlons pour les jeunes femmes vertueuses, qui, quoiqu'elles aient uni leur sort à celui d'un vieillard rebutant, n'ont pas encore oublié les sentimens d'honneur et de vertu, fruit d'une bonne éducation.

Si donc une femme veut avoir un enfant d'un vieillard, elle doit faire en sorte de rendre sa semence prolifique. Pour cet effet, elle le nourrira avec des alimens de très-bons sucs, tels que les viandes de vieux animaux, les consommés, les gelées de viande, dans lesquelles on mettra quel-

ques épiceries, quelques aromates, pour qu'il fournisse une semence bonne et valable : le borax, les sels neutres, les cantharides ne valent rien pour cet effet; ces substances ne font qu'irriter, dessécher. Un meilleur moyen est de priver l'époux sexagénaire, de ses droits de mariage pendant quinze jours, d'exciter ainsi ses desirs par l'abstinence, et, le jour du combat, de mettre un peu de civette ou d'ambre dans ses alimens. Avec ces précautions, une femme pourra avoir des enfans d'un vieillard, pourvu qu'il ne soit pas trop caduc.

Telles sont les matières que nous nous étions proposé de traiter dans cette première partie des accouchemens. Ce ne sont, comme on le voit, que les maladies qui attaquent les femmes pendant leur grossesse; nous ne nous sommes pas étendus sur la plupart de ces maladies, parce que nous parlons à des gens instruits sur cette matière, ou du moins qui doivent l'être, et avoir acquis dans d'autres circonstances de plus amples connoissances sur cette partie. Nous passons à la deuxième, qui traite du mécanisme des accouchemens.

Fin de la première partie.

SECONDE

SECONDE PARTIE.

De l'art des accouchemens.

Nous allons examiner dans cette seconde partie, 1°. le manuel des accouchemens naturels, 2°. ceux qui sont contre nature, 3°. nous donnerons la manière de gouverner les femmes lorsqu'elles sont accouchées.

ARTICLE PREMIER.

De l'accouchement naturel.

L'accouchement, pris dans le sens le plus étendu, est la sortie de l'enfant de la matrice à tel terme qu'il puisse vivre : le terme de neuf mois n'est pas un terme fixe, et dont la nature ne puisse quelquefois s'écarter.

Les auteurs ont coutume de distinguer trois espèces d'accouchemens ; le naturel, le non naturel et le contre nature.

L'accouchement naturel est celui où l'enfant, ayant atteint l'âge de neuf mois, sort de la matrice, ou par la tête, ou par les pieds, et n'a besoin pour cet effet d'aucun secours étranger, si ce n'est d'une personne entendue et au fait pour le recevoir et l'accommoder.

L'accouchement non naturel, disent les accoucheurs, n'est que l'accouchement naturel, où se rencontrent quelques obstacles qui s'opposent aux

sages précautions que la nature a prises pour finir son bel ouvrage.

L'accouchement contre nature est celui dans lequel la femme ne peut être débarrassée sans le secours de l'art, à cause des obstacles qui s'opposent à l'accouchement.

Nous croyons cette distinction surérogatoire, et nous pensons ne devoir admettre que deux sortes d'accouchemens, le naturel et celui contre nature. En effet, le non naturel n'est que le naturel, rendu un peu plus long et plus difficile, à raison de quelques obstacles de peu de conséquence, et qui s'opposent à sa terminaison. Nous exposerons ces difficultés en parlant de l'accouchement naturel, et nous traiterons de la manière de le terminer. Nous allons commencer par celui où l'enfant présente la tête.

SECTION PREMIÈRE.

De l'accouchement naturel, l'enfant présentant la tête.

L'enfant peut venir par la tête ou par les pieds; l'un et l'autre de ces accouchemens sont très-bons. L'accouchement naturel et celui contre nature se font à terme, ou sont prématurés, ou sont retardés. L'accouchement se fait à terme quand il se fait à neuf mois précis : ce n'est pas cependant quatre, cinq, ni dix jours qui font une différence

marquée; mais si ce terme de dix jours passe en plus ou en moins, on dit qu'il est retardé ou avancé.

L'accouchement retardé peut aller jusqu'à quinze jours, vingt-un, un mois au plus, et ce dernier est rare. Passé ce temps, l'enfant ne peut et ne doit pas être regardé comme fils d'un père mort depuis dix mois passés. L'exemple d'un prince légitime, de nos jours, quoique venu treize mois après la mort de son père, ne doit pas nous en imposer. Il n'y a ni chagrin, ni débilité qui puissent retarder l'accouchement jusqu'à ce temps. Un médecin ne doit jamais fausser sa conscience à cet égard.

Il est beaucoup de femmes qui accouchent régulièrement au bout de huit mois. Dans ce cas, l'accouchement n'est pas avancé par rapport à ces femmes; ce terme leur est aussi naturel que celui de neuf aux autres. L'accouchement à terme, l'avancé, le retardé, se font tous par le même mécanisme.

Causes.

Nous ne nous amuserons pas à réfuter, et encore moins à examiner les différentes opinions des auteurs sur les causes des accouchemens. Une question beaucoup plus intéressante est de savoir si l'enfant, dans cette opération, est actif ou passif, c'est-à-dire, s'il entre pour quelque chose ou non dans les causesde l'accouchement.

Malgré l'opinion de la plupart des auteurs, je pense que l'enfant est purement passif, et que la matrice seule est active et opère tout, qu'elle seule commence et finit l'accouchement : je le prouve.

Si l'enfant étoit actif, comment sortiroit-il quand il est mort ? comment seroit chassé le placenta, le faux germe, la môle ? comment sortiroit une tête, un bras, une jambe, qui restent quelquefois dans la matrice, et qui en sont ensuite chassés ? Tous ces corps sont inanimés et n'ont aucune action par eux-mêmes. S'ils sortent, c'est qu'ils obéissent aux efforts d'un agent quelconque : cet agent est la matrice. D'ailleurs, si l'enfant étoit actif et devoit sa sortie aux efforts prétendus qu'il fait, n'est-il pas évident que présentant la tête à l'orifice de la matrice, il doit arc-bouter ses pieds contre le fond de ce viscère pour passer cette même tête et la faire descendre dans le détroit ? Or ne voit-on pas qu'avec de pareils efforts il déchireroit bientôt la matrice, dont les parois ne pourroient assez résister ? La matrice est donc le véritable agent qui opère l'accouchement ; c'est donc par les contractions répétées qu'elle vient à bout de chasser hors de sa cavité, non-seulement l'enfant, mais encore le faux germe, la môle, le placenta, et tout ce qui irrite ses fibres : or qui est-ce qui peut exciter ces contractions et mettre en jeu ce viscère ? le voici.

Si la matrice n'est pas un muscle, du moins a-

t-elle une grande analogie avec les parties musculaires : dans le temps de l'accouchement, elle se contracte avec assez de force ; elle presse vigoureusement ce qu'elle contient, et il n'y a peut-être pas un accoucheur qui, ayant la main dans la matrice, ne l'ait senti. Cette pression intérieure de l'*uterus gravidus* est presque semblable à celui du ventricule du cœur : on y sent des aspérités, des colonnes charnues, qu'on prendroit pour des *lacertuli cordis*.

Toutes ces considérations m'ont engagé à regarder la matrice comme un sac musculeux qui peut se contracter et se contracte en effet lors de l'accouchement. Je prétends que la matrice prête et s'étend facilement dans les premiers temps et au milieu de la grossesse, et que vers la fin elle ne le fait plus qu'avec peine ; il vient même un temps, et cela dans les derniers quinze jours du neuvième mois, où elle ne peut plus se dilater : alors elle souffre à cause du grand tiraillement et de la forte extension de ses fibles ; or toute fibre tendue et irritée à un certain point se contracte et tend à revenir sur elle-même. La matrice est dans ce cas ; donc elle se contractera, se resserrera, reviendra sur elle-même, et fera effort pour chasser l'enfant qu'elle renferme, et qui est la cause éloignée de l'irritation : mais comme ce viscère communique par les nerfs avec les muscles du bas-ventre, le diaphragme et l'es-

tomac, elle transmettra son irritation à toutes ces parties, les mettra en jeu, et les sollicitera à se contracter. De là les vomissemens spontanés, la sortie involontaire des excrémens, de l'urine, qui ont presque toujours lieu pendant le travail de l'enfantement: or toutes ces parties pressent sur l'enfant, l'obligent à sortir par l'endroit où il trouve moins de résistance. Cet endroit est l'orifice de la matrice, c'est une voie toute ouverte: les eaux pressées, mises à l'étroit, s'y engagent; mais elles ne peuvent s'y engager sans pousser les membranes qui les contiennent. Il se fait donc une poche, qui, s'introduisant peu à peu dans l'orifice, le dilate par gradation. Cette poche continue de descendre dans le vagin, augmentant toujours son volume jusqu'à ce qu'enfin les membranes qui la forment ne peuvent plus se détendre et crèvent; les eaux s'écoulent, et l'enfant présente la tête.

Tel est mon sentiment sur la cause et le mécanisme de l'accouchement prématuré, qui se fait le septième ou huitième mois. On ne sauroit admettre une telle cause; car, dira-t-on, comment la matrice peut-elle être assez distendue pour se contracter? Cette objection, loin d'être contraire à notre opinion, la confirme. En effet, ces sortes d'accouchemens avancés ne se font que chez les femmes délicates, chez qui le système nerveux est d'une extrême sensibilité: or il peut se faire que les fibres,

chez certaines femmes, soient autant irrités à sept ou huit mois, qu'ils le sont chez d'autres à neuf; donc la cause étant la même, le même effet doit avoir lieu. Enfin, l'avortement est encore une preuve de mon sentiment, puisque tout ce qui peut irriter, agacer la matrice, la faire contracter, produit l'avortement : donc, etc. Mais, dira-t-on, si la matrice se contracte dans toute son étendue, le muscle qui est situé vers le col se contracte aussi, et ferme le passage; donc l'orifice de ce viscère, loin de s'ouvrir, se fermera.

Nous répondons à cela, que le muscle en question est de pure imagination, qu'il n'y en a jamais existé. En supposant son existence, il se trouveroit, dans le temps de l'accouchement, bien au-dessus du col de la matrice, vu la grande dilation de ce viscère, et ne formeroit aucun obstacle à la dilatation de l'orifice.

Il reste à savoir pourquoi l'enfant présente la tête au passage plutôt que toute autre partie. Pour répondre à cette question et entendre ce que nous allons dire à cet égard, il faut se rappeler ce que nous avons dit plus haut sur la position de l'enfant dans la matrice. Vers le huitième mois l'enfant, accroupi, appuie son dos contre la colonne vertébrale de sa mère, sa tête est un peu inclinée en devant vers le nombril de la femme, les cuisses sont pliées et ramenées vers son ventre : de sorte que ses genoux se trou-

vent vers son menton, et ses talons vers les fesses. Il faut encore observer que l'enfant est semblable à un poisson qui nage dans l'eau, que les différens mouvemens qu'il peut faire sont très-libres. Toutes ces choses considérées, l'enfant, dans les derniers quinze jours, plus tôt ou plus tard, fait ce qu'on appelle *la culbute*. De toutes les parties, la tête est la plus grosse, la plus pesante; elle est déja inclinée en devant, elle n'a donc pas de peine à changer de place; elle se porte d'abord au-dessous du nombril, puis vers la symphyse du pubis : son propre poids l'entraîne, et elle continue à tomber jusqu'à ce qu'elle soit arrivée à la partie la plus inférieure de la matrice, c'est-à-dire, à son orifice. Pendant ce temps, les reins, les fesses, les cuisses et les jambes du petit enfant font un mouvement contraire; en sorte que le dos de l'enfant, qui s'appuyoit sur les vertèbres de la femme, regarde présentement le nombril. Voilà quelle doit être la vraie situation de l'enfant lors de l'accouchement, pour que l'opération soit naturelle et qu'elle se fasse avec succès. Dans cette situation, l'occiput se trouve appuyé sur le pubis de la mère, tandis que la face regarde le sacrum. Il est évident, d'après ce que nous venons d'exposer, que les eaux commencent la besogne, que ce sont elles qui apprêtent la dilatation de la matrice dans son orifice, qu'elles servent par conséquent, non-seulement à nourrir

l'enfant, à rendre ses mouvemens plus libres, mais encore à lubrifier, à préparer les voies de l'accouchement. Il est encore évident que si les membranes crèvent trop tôt, les eaux s'évacuent sur-le-champ: l'opération se fait à sec, elle est longue et laborieuse; car alors l'orifice n'est pas assez dilaté pour permettre à la tête de l'enfant de se glisser avec aisance.

Symptômes qui annoncent que l'accouchement est prochain.

On appelle *travaux d'accouchement* ou *travail*, l'assemblage de tous les effets qui se font appercevoir pendant l'accouchement. Ce travail est plus ou moins long, plus ou moins laborieux chez les différentes femmes. Les négresses accouchent avec une facilité sans égale; les femmes de la campagne s'en acquittent plus aisément que nos femmes de ville: apparemment que chez les premières les fibres prêtent plus facilement, que l'orifice de la matrice se dilate mieux, et que le bassin est bien conformé. Alors la culbute de l'enfant se fait aisément; il se place comme il faut et sort sans gêne. On divise les symptômes de l'accouchement en ceux qui précèdent le travail et ceux qui le continuent. Voyons les premiers.

Signes antérieurs.

Une femme grosse, qui étoit lourde, pesante, indolente, paresseuse, se sent tout-à-coup, vers la fin du neuvième mois, légère, alerte et gaie: c'est que la matrice, qui pesoit alors sur les ligamens, qu'elle tirailloit, commence à revenir sur elle-même et à se soutenir mieux qu'elle ne faisoit; le ventre, par la même raison, s'applatit et disparoît; puis la femme se sent les parties génitales humectées, lubrifiées, parce que la matrice, se resserrant, exprime légèrement, à travers les membranes, un peu de sérosité. Cet état continuant, les douleurs commencent à se faire sentir: elles sont alors légères, petites, et suivies de l'évacuation d'une humidité glaireuse et sanguinolente. Les femmes disent alors qu'elles marquent. Ces douleurs dépendent, non de la contraction de la matrice, comme on l'a pensé, mais bien de la dilatation de son orifice. On a dit que ce viscère étoit alors dans un état de phlogose, duquel dépendent les douleurs en question; ce qui est faux: il est très-facile de s'en convaincre en mettant un doigt dans l'orifice. D'ailleurs, quand cet orifice est assez dilaté pour recevoir la tête de l'enfant, les douleurs cessent: les contractions continuent; mais l'orifice ne se dilate plus pendant les contractions; le ventre s'affaisse et se resserre d'une manière sensible. Le peu de sang qui se

trouve mêlé à la sérosité glaireuse est dû à la rupture de quelques vaisseaux sanguins, par suite du décollement du délivre, qui commence à se faire. Ces petites douleurs se nomment *mouches;* elles augmentent insensiblement. Pendant ce temps, les parties génitales se tuméfient, se relâchent; elles deviennent comme œdémateuses; le pouls s'élève, devient un peu plus fréquent : la femme a de fréquentes envies d'uriner, d'aller à la selle, et la chaleur augmente.

Le travail proprement dit commence quand les douleurs ont duré pendant quinze, vingt, trente et quarante heures; ce qui se fait appercevoir par l'augmentation des douleurs que les femmes éprouvent alors, douleurs qui sont très-aiguës. Elles prennent dans les reins, se portent au nombril, et vont se terminer vers le fondement : voilà ce que nous appelons *bonnes douleurs.* Elles ne dépendent pas seulement de la dilatation de l'orifice de la matrice, mais encore du tiraillement des ligamens ronds postérieurs de ce viscère; elles cessent avec les deux causes que nous venons de citer.

Outre ces douleurs, il en est d'autres qu'on appelle *fausses douleurs.* Elles prennent dans les reins, mais elles se terminent à l'ombilic et s'y perdent : c'est qu'elles ne sont pas assez fortes pour dilater l'orifice de la matrice et pour porter leurs

efforts vers le sacrum ; de là les femmes disent que, quand elles sentent ces seules douleurs, elles auront un accouchement long et laborieux, et elles ont raison.

Le travail continuant, la femme rend à tout moment, et sans qu'elle le veuille, ses excrémens, ses urines, ou du moins elle a de fréquentes envies d'aller à la selle. Ce symptôme est dû à la forte pression que font les muscles abdominaux sur la vessie et le rectum ; car les muscles symptômatiquement irrités se contractent aussi bien que la matrice. Le vomissement qui paroît alors chez certaines femmes est de même dû à une contraction symptômatique de ces mêmes muscles et de l'estomac. Si donc la femme a les intestins remplis d'excrémens, il faut lui donner un clystère pour lui ôter le désagrément de les rendre pendant l'opération.

Le pouls s'élève de plus en plus ; il est gros et plein après la douleur, dur et concentré pendant la douleur. La chaleur augmente, le visage s'enflamme, les yeux deviennent étincellans, et la tête fait mal. Enfin, les choses continuent toujours ; les eaux s'engagent de plus en plus, s'applatissent et forment une large surface, et la dilatation de la matrice égalant à peu près la largeur d'un écu de 6 liv., les membranes crèvent, les eaux s'écoulent, et la tête de l'enfant s'adapte à l'orifice, où

elle reste collée pendant un certain temps ; puis les douleurs se succèdent : elle descend bientôt dans le vagin, et vient s'adapter à l'ouverture extérieure de la vulve. C'est dans cet instant que la femme éprouve les plus fortes douleurs ; tout son corps en souffre, tant elles sont vives : elles dépendent de la dilatation forcée de la partie postérieure de la vulve, ou, ce qui est la même chose, de la fourchette : la tête s'y arrête un moment ; elle franchit ensuite cet obstacle, et l'enfant, s'il a les épaules petites, sort comme une fusée. Le placenta suit de près pour l'ordinaire ; d'autres fois il faut l'aller chercher. Tels sont les effets qui se font appercevoir avant et pendant l'accouchement.

Diagnostic.

Une femme est sur la fin de sa grossesse, elle croit entrer en travail d'enfant ; on vous appelle : il faut savoir en effet si le travail commence, ou s'il est faux : pour cela, on s'informe si les mouches se font sentir, s'il coule des glaires sanguinolentes, c'est-à-dire, en termes vulgaires, si la femme marque. Quand on est instruit de toutes ces choses, il faut toucher la femme : on la touche deux fois ; savoir, une fois pendant une douleur, et une autre après qu'elle est passée. Pour toucher la femme, on la fait accroupir ou bien on la fait coucher sur le bord de son lit, les cuisses élevées,

ployées, écartées; on porte l'index bien huilé, et l'ongle bien coupé, vers la partie postérieure du vagin, vers l'os sacrum, en le courbant un peu pour amener son extrémité sur l'orifice de la matrice.

Que cherche-t-on? Si on touche dans le temps d'une douleur, on examine si on sent une poche à l'orifice, si cet orifice se dilate bien; on palpe en tournant et parcourant sa circonférence pour s'assurer du degré de la dilatation et pour voir si les eaux sont bien formées, c'est-à-dire, si elles présentent une surface large, applatie, si l'orifice répond exactement à l'ouverture antérieure de la vulve.

Quand on touche hors le temps de la douleur, c'est pour connoître quelle est la partie de l'enfant qui se présente; car, dans le temps de la douleur, l'enfant est fort éloigné de l'orifice de la matrice; il est renfermé vers le fond de ce viscère, parce que les eaux qui, dans ce temps, se portent en grande quantité vers l'orifice, le repoussent et le font remonter: mais, la douleur passée, il retombe, et sa tête, si c'est elle qui se présente, s'adapte à l'orifice. Il est assez difficile de reconnoître précisément à travers des membranes quelle est la partie qui se présente: cependant, si on sent un corps rond, dur et égal, il y a beaucoup à présumer que c'est la tête. Si ce sont des parties confuses, mais

distinctes, mollasses, ce n'est sûrement pas la tête ; ce peut être les pieds et les mains. La règle, dans ce cas douteux, est d'ouvrir sur-le-champ les membranes pour s'assurer de la nature des parties qu'on ne peut reconnoître. Ce précepte est de la dernière conséquence dans la pratique de l'art ; on le sentira mieux dans la suite, quand on parlera en détaile des accouchemens.

Quand on aura touché la femme, il ne sera pas difficile de s'assurer si elle est véritablement en travail. Il faut bien prendre garde, en touchant, de n'y pas aller trop brusquement, crainte de rompre les membranes, ce qui feroit un grand mal : il faut au contraire avoir attention de ne pas répéter cet attouchement trop souvent, comme font les jeunes accoucheurs et les sages-femmes. Par cette manœuvre, au lieu d'accélérer l'accouchement, on le retarde, en meurtrissant l'orifice de la matrice, et en s'opposant par là à sa dilatation.

Prognostic.

L'accouchement sera heureux, si la femme est forte et robuste, si les douleurs sont bonnes et se succèdent bien, si l'orifice est dans une position à se bien dilater, qu'il ait déja acquis la largeur d'un écu de 3 liv., si les eaux sont bien formées, qu'elles se présentent par une surface plate et étendue : on peut encore espérer un heu-

reux succès, quand le bassin est bien conformé, ainsi que la partie génitale externe ; quand la matrice est bien placée, qu'elle n'est pas oblique, que la femme s'est bien portée pendant sa grossesse, qu'elle a déja eu d'heureux accouchemens ; lorsque l'enfant est vivant, bien situé ; quand l'orifice est aminci, qu'il est placé au milieu de l'ouverture inférieure du petit bassin, qu'il est humide, molet et bien lubrifié : si, au contraire, tous ces signes manquent, il se fera avec peine, et sera suivi d'accidens.

Curation ou manuel d'accouchement par la tête.

Le diagnostic est établi, l'accouchement décidé, le prognostic tiré, comment l'accouchement doit-il se conduire ?

Pendant que le travail continue, l'accoucheur prépare ce dont il pourroit avoir besoin pendant et après l'accouchement, qui consiste en un lieu propre pour l'accouchement, même la layette pour l'enfant, les linges nécessaires pour la femme, du vin, du sucre ou quelques autres confortatifs au cas de foiblesse, une paire de ciseaux et un fil fort, ployé en quatre doubles, pour faire la ligature du cordon ombilical, des lancettes, au cas qu'il faille saigner la femme, de l'huile, du beurre frais ou de l'axonge de porc, et de l'eau pure, au cas qu'il soit nécessaire d'ondoyer l'enfant. Toutes ces choses doivent être prêtes dans le temps de l'accouchement.

l'accouchement. En France, on accouche toutes les femmes sur un lit qu'on appelle *de misère*; il consiste en une paillasse, et quelquefois deux matelas, un traversin ou quelques oreillers, placés sur un lit de camp. On met d'abord la paillasse, puis un matelas; ensuite on en met un autre, ployé en deux vers l'extrémité, au bord du lit, et sur le matelas un traversin ou un oreiller : toutes ces choses doivent être disposées de façon que la femme soit couchée les fesses sur le bord du second matelas ployé en double, les épaules et la tête sur les oreillers, les pieds ramenés vers les fesses, et appuyés sur le premier matelas; on met en travers du lit, et vers le montant des pieds, un morceau de bois fort, pour que la femme y puisse arc-bouter ses pieds dans le temps des douleurs. On place le lit de misère à côté du lit qu'on destine à la femme pour ses couches, qui, à cet effet, est toujours prêt.

Cette méthode est toujours meilleure que d'accoucher la femme dans son lit ordinaire : car, l'accouchement terminé, pendant qu'on refait le lit, la femme ne peut être que dans un fauteuil, et par conséquent fort mal à son aise. Telle est la situation dans laquelle nous mettons les femmes en France pour les accoucher, qui, pour le dire en passant, est fort bonne. Il en est cependant quelques-unes qui accouchent debout, d'autres à

genoux : il ne faut pas gêner ces sortes de femmes, mais les placer comme elles ont coutume d'être; il est vrai que l'accoucheur se trouve mal à son aise dans la position droite. Il est des accouchemens qu'ils ne pourroient jamais terminer dans cette position : alors il n'y a pas à balancer; il faut placer la femme selon que le cas l'exige. La situation de la femme agenouillée est très-bonne pour faire enfiler le détroit à la tête de l'enfant.

En Allemagne, on accouche les femmes dans un fauteuil fait exprès. C'est un siége exhaussé en devant, qui a peu de surface, dont le dossier est incliné en arrière, qui a deux bras, chacun terminé par une pomme pour donner prise à la femme; au bas est une traverse où elle arc-boute ses pieds. De toutes les situations, celle-ci est sans contredit la meilleure pour les accouchemens naturels. La femme y a l'avantage de faire valoir ses douleurs, et de trouver un point d'appui à presque toutes les situations de son corps.

Il est des cas où le choix de la situation est indispensable, et dans laquelle telle disposition est préférable à l'autre : par exemple, il faut absolument accoucher sur le lit de misère, 1°. quand une femme est pléthorique, sujette aux pertes de sang, qu'elle en a eu dans les couches précédentes, et qu'on en craint une dans l'opération; 2°. quand la femme est délicate, pusillanime, et qu'elle craint

de tomber et tombe en effet en foiblesse aux moindres douleurs ; 3°. quand elle a une descente, qu'elle est sujète aux convulsions et aux syncopes : il faut, au contraire, accoucher debout une femme asthmatique, ou bien assise ; car, si on l'accouchoit autrement, on courroit risque de la suffoquer. Il en est de même d'une hydropique, parce que, dans cette situation, les eaux du ventre tombent vers le bassin, dégagent le diaphragme, et lui permettent d'agir : si on couchoit la femme, elle étoufferoit certainement.

4°. Il faut encore se servir du lit de misère dans certains accouchemens contre nature, qui ne peuvent se terminer que dans cette situation, ainsi que nous le verrons dans la suite : il en est de même des autres positions. Si on place la femme sur le lit de misère, il ne faut rien mettre sous le croupion, afin que le coccyx puisse se jeter en dehors avec plus de facilité. Des femmes tiennent leurs genoux fermés ; d'autres assujettissent leurs épaules pour donner à la femme autant de points d'appui, et lui aider à faire valoir ses douleurs. En se servant du lit de misère, l'accoucheur a l'avantage de laisser l'enfant entre les jambes de la mère, pendant qu'il la délivre ; si l'accouchement devient difficile, il est plus en état d'agir, et la femme fatigue moins.

DES LINGES NÉCESSAIRES, etc.

De l'accouchement naturel, l'enfant présentant la tête.

Quant aux linges nécessaires à la femme, ils consistent, 1°. en une nappe ployée en long et en trois, que l'on met sur le bord du matelas ployé en double, et sous les reins de la femme, pour pouvoir la soulever, si le cas le requiert; 2°. un grand drap ployé en quatre doubles pour mettre sous les reins, les cuisses et les fesses de la femme pour recevoir le sang et les eaux qui coulent en abondance; 3°. un autre petit drap ployé en quatre pour placer sous les reins, quand la femme changera de lit; 4°. plusieurs chauffoirs, faits avec des linges demi-usés, pour appliquer après l'accouchement sur les parties génitales; 5°. enfin une chemise et plusieurs serviettes douces pour faire un suspensoir aux mamelles.

Toutes ces choses préparées, l'accoucheur revient auprès de la femme; il examine son état, si elle est forte et vigoureuse, ou foible et délicate; si c'est la première couche, si les précédentes ont été heureuses. D'ailleurs il a déja touché la femme; il sait si elle est bien ou mal conformée: il lui demande si elle n'est pas sujète à quelques maladies, si actuellement elle n'a pas d'incommodité, et en tout il se comporte en conséquence. Il lui recom-

mande de ne pas se gêner, d'être à l'aise dans ses habits, de bien faire valoir ses douleurs, de crier tant qu'elle voudra, de faire sortir de la chambre les personnes qui peuvent lui être désagréables, et sur-tout de ne pas souffrir de froid. Pour cela il y aura grand feu, si c'est l'hiver; dans l'été même il faut en allumer. Si la femme n'a pas été à la selle depuis long-temps, on lui fait prendre un lavement, afin de vuider les gros intestins, le rectum sur-tout.

Pendant ce temps, le travail va toujours son train. Mais s'il y a du temps qu'il dure, qu'il se fasse lentement, que l'orifice ait peine à se dilater, quoique d'ailleurs les douleurs soient bonnes; que cet état dure depuis quinze, vingt, vingt-quatre heures, il faut alors faire une saignée de deux palettes et demie ou trois : c'est le meilleur moyen pour accélérer le travail; il se fait un relâchement subit, et l'orifice, qui auparavant ne pouvoit se dilater, le fait alors avec facilité : on peut encore l'oindre avec du beurre frais, de l'huile d'olive, des graisses d'oie, de l'axonge.

La saignée est encore indiquée dans le cas où le travail allant bien, la femme seroit beaucoup oppressée; elle vuide les vaisseaux du poumon, et dégage la poitrine : on saigne du bras. La femme ne doit pas retenir ses urines : les lavemens d'eau sont utiles dans ce temps.

Si le travail languit faute de douleurs, on demande si on peut les exciter. Oui ; mais évitons la mauvaise manœuvre des sages-femmes dans ce cas. La plupart emploient, pour réveiller les douleurs, les lavemens âcres, faits avec l'urine et le sel marin. Elles les réveillent en effet ; mais la cause irritante étant trop forte, les membranes ne tardent pas à se crever ; les eaux percent, et l'accouchement se fait à sec. Le moyen le plus efficace, et qui n'a pas cet inconvénient, est de frotter légèrement l'orifice de la matrice, en promenant le bout de l'index sur la circonférence, et par là on irrite cette partie. Cette irritation se transmet à la matrice : il survient une douleur, pendant laquelle on dilate l'orifice, en repoussant sa partie postérieure. Cette méthode n'a jamais eu le moindre désagrément ; les choses vont très-bien ; l'orifice se dilate de plus en plus ; les eaux se forment à merveille ; elles descendent dans le vagin. Faut-il placer la femme sur le lit de misère ? non, il faut la faire promener, la faire asseoir de temps en temps, la distraire le plus qu'on peut. Rien n'ennuie plus une femme que de rester sept à huit heures sur un lit, dans la même situation ; d'ailleurs, on gagne beaucoup de temps en la faisant promener : les eaux pesant alors sur les membranes, les engagent de plus en plus par le vagin, et l'enfant se place bien. Si on s'apperçoit qu'elles souffrent un étranglement,

on couche la femme, et on frotte de quelque graisse l'orifice de la matrice, qui n'est pas encore dilaté à proportion des eaux qui sortent. Pendant tout ce temps, on soutient les forces de la femme avec du bon bouillon, quelques verres d'excellent vin, des œufs frais ; on évite avec grand soin les cordiaux, les rôties au sucre, les liqueurs spiritueuses, toutes choses qui excitent des pertes abondantes après l'accouchement : c'est encore une manœuvre des sages-femmes, contre laquelle on ne peut trop s'élever. On a vu telle femme avoir les plus heureux accouchemens, et expirer peu de temps après d'une perte abondante occasionnée par l'abus des spiritueux.

Enfin, l'enfant va venir ; la poche des eaux est large, bien applatie ; elle descend dans le vagin : mais les membranes ne se crèvent pas : faut-il les rompre ? non, parce qu'il y a à craindre que l'enfant ne suive immédiatement les eaux qui vont couler, ou que l'accouchement ne se fasse à sec, parce que l'orifice ne seroit pas assez dilaté pour recevoir la tête de l'enfant. Si cependant la rupture tarde trop à se faire, examinez si la dilatation est assez grande ; elle le sera assez, si elle est de la largeur d'un écu de 6 liv. : alors il faut ouvrir les membranes, ce que je fais avec une épingle, en raffiant, plutôt qu'avec l'ongle. La membrane crevée, l'enfant présente la tête à l'orifice de la ma-

trice : on est obligé d'ouvrir les membranes quand elles sont trop épaisses, trop dures, et que leur rupture est presque impossible. Pour lors l'accouchement seroit singulièrement retardé, et la femme s'épuiseroit en vain. Voilà la tête qui se présente au couronnement, elle est bien placée, la face regarde le sacrum, y a-t-il quelque chose à faire ? On met seulement la femme en travail, ou plutôt en bonne situation, ce qu'on fait en passant un oreiller un peu dur sous les reins, s'ils sont trop bas; on recommande à la femme de pousser. Trois ou quatre douleurs se succédant sont suffisantes pour faire passer la tête et la faire descendre dans le vagin. La tête une fois passée, le reste suit très-facilement, à moins que les épaules ne soient un peu trop grosses.

Si la tête trouvoit quelques obstacles à franchir le passage, et que les douleurs vinssent à se ralentir un peu, il faut les favoriser en soulevant les reins de la femme avec une nappe ployée en deux ou trois, qu'on aura passée sous elle. Deux personnes robustes font cet office, ou bien on serre le ventre de la femme avec une serviette ployée en trois, et cela pendant la douleur : ces méthodes sont très-utiles. Pendant ce temps, l'accoucheur dilate doucement l'orifice à la partie postérieure, avec l'index et le pouce d'une des deux mains. Ces petits moyens suffisent ordinairement pour faire

descendre la tête dans le vagin; pour lors la femme sent un besoin pressant d'aller à la selle, ce qui dépend de la pression que fait la tête sur le rectum, car alors elle a passé le détroit du petit bassin.

Si en touchant on s'apperçoit que l'occiput soit parfaitement collé contre le pubis de la mère, je conseille de porter deux doigts bien graissés dans le vagin, sur une des tempes de l'enfant, et de tourner légèrement sa tête de façon qu'elle soit un peu inclinée, et que la face regarde l'un ou l'autre des os des îles : par ce moyen, le grand diamètre de la tête répond à celui du pubis, au lieu que lorsque l'occiput est appliqué sur le pubis, le contraire arrive : je prétends même que cette petite rétraction de la tête sur le cou se fait constamment dans tous les accouchemens, quoiqu'on ne s'en apperçoive pas, et qu'elle est absolument nécessaire pour que la tête puisse franchir ce passage. Par cette petite manœuvre on termine en deux ou trois heures un accouchement qui en auroit duré vingt-quatre.

La tête est descendue dans le vagin; elle s'arrête tout-à-coup vers l'étranglement, qui forme la vulve. Il faut alors prévenir la rupture de la fourchette et la déchirure du raphé. Ces accidens sont très-communs dans un premier accouchement, ou quand l'enfant est fort gras, ou qu'il vient double. Pour cela on graisse bien la fourchette avec du

beurre frais ; on la presse, on la repousse doucement en arrière avec l'index ; et, ce qui est encore mieux, on tient les deux doigts appuyés sur cette fourchette, en formant un plan incliné, sur lequel glisse la tête de l'enfant : voilà encore un obstacle vaincu. La tête est sortie, mais une dernière difficulté empêche que l'accouchement ne s'achève ; la vulve se resserre brusquement autour du cou, et les épaules s'arrêtent : si elles ne sont pas trop grosses, une nouvelle douleur les poussera hors du vagin ; mais si elles tardent, il faut les faire sortir, ou l'enfant pourroit être étranglé. Pour cela, il faut le saisir par-dessous les aisselles, en formant avec l'index de chaque main un crochet. On glisse l'un en devant, sur la poitrine de l'enfant, et l'autre, en arrière, sur son dos. On tire à soi, en faisant de petits mouvemens de droite à gauche, et de gauche à droite : l'enfant, par ce moyen, sort entièrement ; il vient quantité de sang et d'eau, et quelquefois le placenta suit. On retourne l'enfant, on le met sur le dos, la face en l'air, et on délivre la mère.

L'accoucheur doit avoir soin, pendant la sortie de l'enfant, de repousser le coccyx en arrière, afin de tenir la route plus droite, plus large et plus aisée : ce petit os retarde quelquefois l'opération, mais il ne peut jamais la rendre contre nature.

L'accoucheur, pendant l'opération, doit être

assis sur un siége bas vis-à-vis les cuisses de la femme, les coudes appuyés sur les genoux, de façon qu'ils répondent au vagin de la femme : dans cette position, il agira avec facilité ; il doit se mettre le plus à l'aise qu'il est possible, car l'accouchement peut être long, et il aura le temps de se fatiguer. Il aura attention de jeter sur les cuisses et jambes de la femme un drap ou une petite couverture pour les parer du froid et les soustraire aux yeux des assistans. Pour la décence, il doit tout faire à couvert.

Manière de délivrer la femme.

La délivrance est cette action par laquelle la matrice chasse de sa cavité le placenta, les membranes et le cordon ombilical. Quelquefois la nature ne se suffit pas pour exécuter cette opération, il faut le secours de l'art ; on l'a regardé de tout temps comme fort important.

Or cette délivrance se fait par un vrai travail ; ce sont de nouvelles douleurs, de nouvelles contractions en vertu desquelles la matrice se fronçant, détruit les adhérences du placenta et le décolle : les tranchées sont les mêmes que pour l'accouchement, mais moins vives. Peu de temps après la sortie de l'enfant, l'orifice de la matrice se resserre presque de moitié de ce qu'il étoit ouvert lors de cette sortie : il faut donc, pour peu que l'expulsion

du placenta tarde, le tirer avant que l'orifice soit totalement clos. Or, avant de tirer le placenta, on demande s'il faut porter la main dans la matrice. Il n'y a qu'un seul cas où il faille le faire, c'est quand on soupçonne un second enfant dans la matrice : or ce soupçon n'a lieu que quand la matrice, après l'accouchement, se soutient fort élevée, bien arrondie, et qu'il ne vient aucune perte de sang.

Quand, pendant la grossesse, le ventre étoit fort tuméfié, qu'il étoit divisé comme en deux parties marquées par une légère dépression au milieu, dans ce cas il faut porter la main dans la matrice, avant de délivrer la femme, pour s'assurer du fait. Si on la délivroit avant qu'elle fût accouchée du second enfant, il courroit risque de périr en vertu d'hémorrhagie. Ce n'est pas que les deux placenta communiquent entre eux (car chaque enfant a le sien) : ils communiquent si peu, que l'injection ne passe pas de l'un à l'autre ; ils sont collés seulement et adhérens, en sorte qu'en arrachant l'un, on décolle l'autre, et l'hémorrhagie qui suit, tue l'enfant encore à naître.

Pour faire cet examen, l'accoucheur, après avoir mis l'enfant à côté des cuisses de la mère, prend de la main gauche le cordon ombilical, enveloppé d'un morceau de linge sec, et suivant le cordon, il porte la main droite huilée jusqu'à l'orifice de la

matrice. S'il y trouve le placenta, il le saisit, le ploie en deux et le tire ; s'il ne le trouve pas, il introduit la main entièrement dans la matrice, suivant toujours le cordon : pour lors, il cherche, il palpe s'il ne sent point une grosse poche d'eau, au travers de laquelle se fait appercevoir un enfant. Dans ce cas, sans perdre de temps, il coupe les membranes avec l'ongle, entre dans la poche, cherche les pieds de l'enfant, et l'amène par ces parties. S'il ne trouve rien, il examine tout de suite, la main étant encore dans la matrice, si le placenta est adhérent et de quelle nature et étendue la poche peut être. Si elle est petite, il peut la détruire doucement et amener le placenta, sans s'embarrasser de l'enfant, qui est toujours entre les cuisses de la mère ; mais si elle est grande et presque totale, il tire sa main pour se débarrasser de l'enfant qui le gêne, avant de délivrer la femme.

L'accoucheur, avant l'opération, a préparé deux ligatures, qu'on fait avec de bon fil retors et ployé en quatre. On fait un nœud aux deux extrémité pour retenir les bouts de ce fil ensemble ; chaque ligature doit avoir au moins un pied de longueur. L'accoucheur prend le cordon ombilical, qu'il lie avec ce fil, à la distance de trois ou quatre travers de doigt du ventre de l'enfant ; il fait une circulaire, fait le nœud du chirurgien, qu'il serre fortement, et qu'il arrête ensuite par un autre

nœud; il fait une seconde ligature, à deux ou trois travers de doigt de cette première, puis il coupe le cordon entre deux; il examine si l'enfant ne perd pas de sang, et le remet sur le linge sur lequel il étoit; après l'en avoir enveloppé, il le confie à une personne, qui le porte auprès du feu: cette affaire terminée, il procède à la délivrance de la femme.

Si rien de tout ce que nous venons de supposer n'existe, c'est-à-dire, s'il n'y a aucun soupçon de deux enfans dans la matrice, l'accoucheur doit procéder tout de suite à l'extraction du placenta, sans porter la main dans la matrice: or, comme nous l'avons déja dit, le placenta suit quelquefois l'enfant et paroît à l'entrée du vagin. Dans ce cas il faut tout simplement le tirer, faire une seule ligature au cordon ombilical, le couper, et mettre l'enfant auprès du feu; on ne fait qu'une ligature: la seconde seroit inutile, car nous supposons le placenta décollé; donc nulle hémorrhagie à craindre de la part de la mère.

Plus ordinairement le placenta reste dans la matrice: on ignore s'il est décollé, ou s'il est encore adhérent; cependant, si l'évacuation du sang est copieuse, que les douleurs soient vives et bonnes, la sortie du placenta vraisemblablement va se faire, et on peut l'attendre sans se débarrasser de l'enfant. Les douleurs sont bonnes, quand, tenant le cordon,

on le sent et on le voit rentrer dans le vagin sur la fin de la douleur ; il ne faut pas résister à ce mouvement. Si ces effets ne se font pas appercevoir, le plus sûr et le plus commode est de se débarrasser de l'enfant, parce que la délivrance peut être longue.

Pour délivrer, l'accoucheur commence par saisir le cordon ombilical, en lui faisant faire un tour sur l'index et le doigt medius de la main droite, et en l'assujettissant avec le pouce, afin qu'il ne glisse pas ; puis il porte la main gauche sur le pubis et la région de la matrice pour assujettir le fond de ce viscère et prévenir son resserrement, tandis qu'il tirera : car si la main gauche sent la matrice suivre et céder au tiraillement, il faut cesser de tirer, parce que le renversement est à craindre. Cet accident, s'il arrivoit, feroit périr la femme en une demi-heure : *Rensels* nous donne nombre d'observations de malheurs semblables. Avant de tirer, on attend qu'il vienne une tranchée ; la femme avertit ; et dans le temps que la matrice travaille à ce décollement du placenta, en se contractant, l'accoucheur lui aide en tirant doucement à soi, ou bien on recommande à la femme de tousser, moucher, souffler dans sa main ; ces différentes actions vont à opérer à peu près ce que fait la matrice en se contractant, parce que, dans ce temps, les muscles abdominaux se contractent. Je l'avoue, ces manœu-

vres sont des enfantillages ; il faut suivre le torrent, non-seulement les souffrir, mais encore les recommander, afin de n'être pas critiqué. Or, la douleur venant, l'accoucheur saisit le cordon de la manière prescrite, tire à lui doucement, en faisant de petits mouvemens latéraux et de haut en bas. Ces mouvemens sont nécessaires, parce que l'accoucheur ignore le lieu du placenta où le cordon s'insère : or on doit se rappeler que ce n'est presque jamais au milieu ; d'ordinaire, par cette manœuvre, le placenta suit et on l'amène sans peine.

D'autres fois, la chose n'arrive pas ainsi, et on éprouve une résistance qu'on ne sauroit vaincre : dans ce cas il faut bien prendre garde de renverser la matrice ; car alors le délivre peut bien être déchiré. Mais il descend tout développé ; il s'arrête à l'orifice de la matrice, qui s'est déja resserrée, s'y adapte, et on a beau tirer il ne se ploie pas pour sortir : que faire alors ? ce que les sages-femmes appellent *aller à l'opération*, c'est-à-dire porter la main droite huilée dans le vagin vers l'orifice de la matrice : on y sent un corps molasse ; c'est le placenta, on le plie en deux et on le tire. Dans cette manœuvre on suit le cordon ombilical, qu'on tient de la main gauche. Enfin le placenta ne se trouve pas à l'orifice ; il résiste cependant : c'est qu'alors il est encore adhérent. Le cordon ne cesse pas d'être notre guide ; on le suit, et on arrive au placenta

placenta dont on parcourt la circonférence pour voir s'il n'est pas décollé en quelque endroit, et, pour l'ordinaire, il l'est. Sous cette portion décollée on engage les doigts, rapprochés les uns des autres, et ployés en cuiller, de façon que le dos de la main regarde le fond de la matrice. On soulève peu à peu pour achever le décollement; on chasse toujours en devant en décollant jusqu'à ce qu'il le soit entièrement; alors on le ploie en deux et on le tire par le bout : pendant ce temps, on tient la main gauche qui a lâché le cordon sur le pubis pour assujettir la matrice.

Enfin voici un dernier cas. Le cordon ombilical sort cassé dès le commencement de l'opération, lorsque l'accoucheur a voulu l'extraire : — le cordon ombilical étoit à demi-pourri, ou bien c'étoit un cordon gros, pâteux, œdémateux; l'accoucheur, peu au fait de son art, ne s'est pas méfié de ce cordon; il a tiré à son aise, et la rupture s'est faite. Comment se comporter alors ? le voici : mais avant de passer outre, nous ferons observer que les cordons ombilicaux grêles, secs et durs, sont les meilleurs; ils résistent plus que ceux qui sont gros, pâteux, œdémateux; on les peut tirer avec plus de hardiesse, mais avec prudence.

Le cordon ombilical est cassé, le placenta est encore adhérent : comment trouver ce dernier, puisque la boussole manque ? Il faut, pour ne se pas

tromper, se rappeler l'état dans lequel se trouve l'*uterus gravidus*. Nous avons déja dit que la face interne de ce viscère étoit chargée d'aspérités et d'inégalités, semblables en tout aux *lacertuli cordis* : or les jeunes accoucheurs, ignorant ce fait, prennent justement la matrice ainsi raboteuse pour le placenta, et par là arrachent et délâbrent ce viscère : on sent toute l'horreur d'une pareille conduite. Observons donc, pour ne pas tomber dans cette erreur, que les parois de la matrice, lors de l'accouchement, sont dans l'état que nous venons de dire ; que la surface du placenta est, au contraire, douce et polie ; que cette surface se termine, dans toute sa circonférence, par des membranes flottantes et faciles à reconnoître ; et qu'enfin, au milieu, ou vers un de ces bords, est toujours un petit bout de cordon ombilical : tels sont les signes qui doivent nous guider dans la recherche du placenta.

Quand nous disons que la surface du placenta est lisse et polie, il ne faut pas prendre cette expression à la rigueur ; on sait qu'à la surface, où s'attache le cordon, rampent de gros vaisseaux qui ne laissent pas que de faire saillie ; mais toujours est-il vrai qu'elle est plus unie, quoique raboteuse, que l'intérieur des parois de la matrice : on distingue donc les aspérités du placenta, en ce qu'elles sont légères, flasques, mollettes ; au lieu que celles

de la matrice sont dures, charnues, rénitentes et semblables à des cordes tendues. En considérant ces choses sous ce point de vue, on sent que la surface du placenta est polie relativement à la matrice.

Ces observations faites, si on cherche le placenta, et qu'on soit privé du secours que donne le cordon; la main bien huilée, portée dans la matrice, il faut s'arrêter à la partie la plus lisse, la plus unie : d'ailleurs les membranes et le cordon termineront d'une manière sûre notre incertitude; il faudra pour lors faire la même manœuvre que dans le cas précédent, c'est-à-dire, décoller le placenta avec les doigts ployés en cuiller, le doubler et le tirer hors de la matrice.

La femme est délivrée de tous les cas qu'on peut proposer. Dès que cette opération est faite, il sort une grande quantité de sang; on le laisse couler, après avoir appliqué sur les parties génitales un linge chaud. Pendant ce temps, on examine le placenta pour voir s'il est en entier. S'il en manquoit une bonne portion, comme le demi-quart ou un quart, il faut l'aller chercher, en portant de nouveau la main dans la matrice : si au contraire il n'y en a qu'une petite portion, il faut la laisser; la nature s'en débarrasse sans danger; la femme en sera quitte pour quelques tranchées pendant l'écoulement des lochies: mais lorsqu'il en reste une

grande portion, c'est un corps étranger qui empêche la matrice de revenir sur elle-même, qui s'oppose à l'occlusion des vaisseaux sanguins; le sang continue à couler avec abondance, et il feroit périr bientôt la femme.

§. II.

De l'accouchement naturel, l'enfant présentant les pieds.

L'accouchement dans lequel l'enfant présente les pieds est très-naturel, puisque l'enfant vient ainsi seul, sans aucun secours. Hippocrate a donc eu tort de le regarder comme contre nature. Le précepte qu'il nous donne à cet égard a été une source d'erreurs, et a arrêté les progrès de l'art. Il veut qu'on le retourne, et qu'on amène sa tête à l'orifice de la matrice.

Or, loin de suivre Hippocrate, on a posé de nos jours un axiome tout contraire, et la règle est d'amener l'enfant par les pieds toutes les fois qu'il présente une autre partie que la tête: il y a plus; nous penserions volontiers que celui-là est plus naturel que celui qui se fait par la tête. En effet, l'opérateur a déja l'avantage de pouvoir saisir l'enfant par les pieds, les genoux, les cuisses, les fesses, les reins, s'il tarde à venir, et que l'accouchement soit lent; au lieu que les enfans venant

par la tête, l'accoucheur n'a absolument aucune prise pour accélérer l'opération : d'ailleurs l'enfant qui vient par les pieds forme une sorte de coin, et l'orifice se dilate peu à peu, au lieu qu'il est obligé de se dilater tout-à-coup quand c'est la tête, du moins il n'y a presque pas de gradation dans cette dilatation; aussi les femmes souffrent-elles beaucoup plus que dans l'accouchement où l'enfant présente les pieds.

Les enfans qui viennent au monde, les pieds les premiers, se nomment *Agrippæ*, au singulier *Agrippa*. C'est sans doute un nom donné par les Romains. Cette nation en donnoit à tous les hommes dont la naissance avoit quelque chose de singulier ou de remarquable.

L'enfant peut venir au monde en présentant les pieds de deux façons. Ou les talons regardent le pubis, ou ils regardent le sacrum : la première situation est bonne; la seconde est mauvaise.

Bonne position de l'enfant, quand il présente les pieds.

Il est inutile de répéter les symptômes qui annoncent l'accouchement. Ils sont ici les mêmes que quand l'enfant présente la tête.

Diagnostic.

Les membranes encore entières, il est difficile de

pouvoir distinguer les pieds de l'enfant. On sent bien, dans l'intervalle de deux douleurs, les pieds de l'enfant, mais comme des parties confuses, molles, séparées, indéterminées, mais ce sont les pieds seuls ou les mains : la règle dans ce cas est d'ouvrir sur-le-champ les membranes pour toucher à nud ces parties, et s'assurer si ce sont les pieds. Nous répéterons cette règle fort souvent; elle a trouvé lieu dans tous les accouchemens contre nature. Quand les membranes sont ouvertes, il est fort aisé de savoir si ce sont les pieds ou les mains qui se présentent. Supposons que ce sont les pieds; il y a plusieurs cas à examiner : il peut arriver, 1°. que l'enfant ne présente qu'un pied; 2°. que ce seul pied sorte seulement de l'orifice; 3°. qu'il soit descendu tout-à-fait dans le vagin : ces trois cas ne diffèrent que du plus ou du moins, et on agit de la même façon; 4°. il peut arriver que les deux pieds sortent ensemble de l'orifice. Dans ce dernier cas, il faut savoir si les deux pieds appartiennent au même enfant, ou si ce ne seroit pas de deux enfans différens. Pour établir ce doute, nous avons d'abord les signes rationnels de la double grossesse; savoir, l'énorme tuméfaction du ventre, la division en deux loges distinctes, les incommodités considérables que la femme a éprouvées pendant la grossesse, et les autres symptômes que nous rapporterons dans la suite, en parlant de la superfétation : mais tous

ces signes ne nous donnent que des indices ; il faut, pour s'en assurer, le signe sensible, qui est le toucher. On saisit donc un des deux pieds avec la main gauche, garnie d'un linge, et on le tire doucement jusqu'au jarret ; pour lors on porte l'index et le médius étendus de la main droite, les autres étant fléchis le long de la cuisse, de la jambe et de la fesse : assujettie par ce moyen, la main droite arrivée, on la rabat sur l'autre fesse de la cuisse et sur l'autre jambe ; après avoir passé sous l'arcade du pubis, on voit si les parties sont continuées. Si elles le sont, et que, sans les abandonner, on revienne sur l'autre jambe, c'est une preuve que les deux pieds appartiennent au même enfant ; si, au contraire, la première jambe sur laquelle on coule la main droite, nous conduit à une troisième cuisse, c'est une marque que les deux pieds qui sortent sont à deux enfans différens. Dans ce cas, on refoule la jambe la moins descendue ; en la ployant doucement vers le jarret, on la repousse dans la matrice ; on tâche en même temps, si l'orifice est bien dilaté, de ramener la véritable, qui est encore dans la matrice, pour empêcher celle qu'on vient de refouler de descendre, puis on termine l'accouchement comme nous le dirons, en parlant de l'accouchement de plusieurs enfans.

Supposons donc le cas le plus simple, un seul

enfant dans la matrice : on est sûr que les deux pieds appartiennent au même corps ; il faut maintenant savoir s'ils sont bien placés : or ils le sont bien, quand les orteils regardent le sacrum, parce que, dans cette position, l'occiput sera tourné vers le pubis, lorsque la tête franchira le détroit; ils sont mal dans la situation contraire. Dans le cas le plus simple, l'enfant a les pieds bien placés ; ils sont descendus dans le vagin : que penser de cet accouchement ?

Prognostic.

L'accouchement par les pieds sera heureux, facile, très-naturel, se terminera aisément, puisque l'accoucheur peut beaucoup aider la nature ; il sera peut-être un peu plus long, à cause de la dilatation qui se fait par degrés, mais aussi il sera moins douloureux pour la femme.

Curation.

Quand les pieds sont engagés dans le vagin, on place la femme sur son lit de misère, qui doit être plus haut que si la femme accouchoit d'un enfant qui vient par la tête : on le hausse par le moyen d'un matelas qu'on y ajoute. Le thorax doit être incliné, la tête élevée de façon que la colonne épinière fasse un angle allongé : on se pourvoit de deux ou trois personnes robustes pour assujettir la

femme au cas que l'accouchement devienne difficile. La femme est dans la situation ordinaire; et, toutes les choses préparées, l'accoucheur se place assis devant la femme, saisit les deux pieds de l'enfant au dessus des malléoles, avec un linge sec et de la main droite, l'index entre les jambes, la main gauche appuyée sur le bord du lit. Dans cette situation, il tire doucement à lui en faisant de petits mouvemens de droite à gauche, et *vice versâ*, jusqu'à ce que l'enfant soit sorti jusqu'aux hanches. Alors, de la main gauche, qui étoit appuyée sur le lit, il reprend les deux cuisses au dessous avec un linge sec, l'index entre deux, et il soutient l'enfant dans cet état pour qu'il ne remonte pas, et qu'il ait le temps de le ressaisir de la main droite au dessus du genou, toujours avec un linge sec. Il tire une seconde fois comme la première avec de petits mouvemens latéraux, jusqu'à ce que les hanches soient totalement dégagées, et que l'enfant soit sorti jusqu'aux reins. Il faut bien se donner de garde de faire les mouvemens de rotation que font certains accoucheurs; ils vont à luxer les membres tendres et délicats, ainsi que la colonne vertébrale, comme on l'a vu arriver plusieurs fois. L'enfant descendu jusqu'aux reins, pour lors l'accoucheur place sa main droite avec ses doigts écartés sur la crête de l'os des îles, et les ploie en forme de crochet, en sorte que ces parties se

trouvent comme enveloppées d'une pate d'oie : il place la main gauche de la même façon sur le ventre, saisit les hanches en ramenant l'extrémité des doigts de cette main vers celle des doigs de la main droite ; il tire doucement à lui pendant une douleur, en dégageant, et en exhortant la femme à bien pousser ; et à mesure que l'enfant descend, il remonte, par un mouvemènt contraire, la main gauche sous sa poitrine pour bien soutenir.

Voilà l'enfant amené jusqu'aux aisselles : on demande si on continuera de l'amener sans dégager les bras, ou si on dégagera avant de les tirer davantage, car ils sont levés et collés aux deux côtés de la tête. Je pense qu'il ne faut pas les dégager, si l'enfant est excessivement gras. Voici sur quoi je me fonde. Dans cette situation, il arrive, 1°. que la largeur de la tête et des deux bras placés à côté d'elle répond justement au grand diamètre du petit bassin ; 2°. que cette largeur n'excède jamais ou presque jamais celle du grand diamètre en question ; 3°. que les bras ainsi élevés forment avec le reste du corps un coin continu et servant à défendre le cou de l'enfant ; 4°. que ces mêmes bras étant dégagés, si le travail cesse pour un moment, la matrice se resserrant autour du cou de l'enfant, forme obstacle à sa sortie, et, continuant à se resserrer, peut étrangler l'enfant ; accident qui ne peut absolument arriver, si les bras sont

élevés. Il n'est qu'un cas où il est à propos de dégager les bras de l'enfant, c'est celui où l'enfant étant trop gros, et la tête ayant conséquemment trop de volume, ne peut venir les bras ainsi élevés; et qu'ayant fait effort pour le tirer dans cette situation, on a éprouvé une résistence invincible; il faut donc alors dégager les bras, et voici comment : avec la main gauche, qui soutient toujours le corps de l'enfant, on le refoule un peu dans la matrice, puis, avec l'index de la main droite, on glisse sous l'aisselle le long du bras jusqu'au coude; arrivé à cet endroit, on appuie l'index un peu courbé sur le pli du bras, et on abaisse le coude vers l'orifice, de façon que le bras fasse à peu près un angle droit avec le tronc: alors on saisit, avec trois ou quatre doigts de la même main, la jonction du bras avec l'avant-bras, et on fait faire à ce dernier un mouvement de bascule, en opérant une demi-rotation, de la part de la tête, de l'humerus dans la cavité de l'omoplate; ce double mouvement amène la main vers l'orifice de la matrice; on la prend, on la tire, et on applique le bras à côté du corps : si on veut dégager l'autre bras, on s'y prend de la même façon; mais cela est assez communément inutile, parce que l'enfant peut venir dans cette posture. Enfin voilà le bras dégagé, et l'enfant sorti jusqu'au cou : sans perdre de temps et sans attendre que l'orifice se

resserre autour du cou, on passe deux doigts de la main gauche en crochet sous la poitrine et les clavicules; on embrasse la partie antérieure du cou, tandis qu'avec deux autres doigts de la main droite on saisit le chignon du cou, en les glissant sur le dos et les omoplates, et les courbant sur les épaules: au moyen de ce double crochet, on tire doucement à soi, toujours en dégageant, et la tête vient pour l'ordinaire sans peine. Si par hasard elle résiste encore, il faut faire attention si elle est bien placée, c'est-à-dire, si son grand diamètre répond à celui du petit bassin. Pour cet effet, on porte trois doigts de la main gauche sur la poitrine, le cou et le menton : on introduit l'index dans la bouche de l'enfant, le pouce appuyé sur un des coudiles de la mâchoire inférieure, le médius sur l'autre; on détourne par un petit coup de tête à droite ou à gauche, du côté qui offre moins de résistance, en inclinant un peu sur la poitrine; on tire; et le grand diamètre de cette partie, répondant à celui du petit bassin, elle vient avec la plus grande facilité. Cette pratique, j'ose l'assurer, m'a beaucoup mieux réussi que celle de la Mothe. La femme accouchée, on la délivre, on accommode l'enfant, on fait la ligature et la section du cordon ombilical à l'ordinaire.

Mauvaise position de l'enfant présentant les pieds.

L'enfant qui vient au monde présentant les pieds, peut le faire de façon que le talon regarde le sacrum de la mère. Cette position est mauvaise ; car il est évident que si l'enfant continue à descendre dans cette position, son visage regardant le nombril de la mère, son menton s'accrochera au pubis infailliblement, et ne pourra franchir cet obstacle. Ce cas peut être considéré sous deux points de vue : ou l'enfant ne fait que montrer les pieds, et il est encore entier dans la matrice ; ou il est totalement descendu, et son menton est déja accroché au pubis.

Premier cas.

L'enfant ne fait donc que présenter les pieds ; l'accoucheur vient de rompre les membranes et a reconnu la mauvaise position de l'enfant ; comment doit-il se comporter ? Il tirera l'enfant jusqu'aux hanches, dans la position où il est, en suivant les règles prescrites ci-dessus ; puis il glissera la main droite sur les fesses, en empoignant toute cette partie, les doigts étant écartés ; il portera la gauche sur le pubis et les hanches de l'enfant, qu'il saisira de la même façon, et, dans cette situation, il tirera en dégageant et contournant l'enfant de façon que sa poitrine regarde un os des îles ; par ce

double mouvement il tirera l'enfant jusqu'aux aisselles : il ne faut lui faire faire qu'un quart de tour ; il n'est d'aucune nécessité de faire faire le tour entier ; on risqueroit, par une rotation aussi forcée, de lui casser l'épine ; il faut, par la même raison, y aller fort doucement. Quand l'enfant sera arrivé aux aisselles, l'opérateur dégagera les bras, s'il est nécessaire ; mais il viendra sans doute, quoique dans cette position latérale le grand diamètre de la poitrine réponde au petit diamètre du bassin. Cependant si l'enfant est trop gros, on dégagera les bras, comme nous l'avons dit ; les bras abaissés, la tête sortira sans peine, puisque son grand diamètre répond au grand diamètre du bassin.

Deuxième cas.

Une sage-femme ignorante a laissé descendre l'enfant jusqu'au menton ; on appelle l'accoucheur, et l'enfant est déja accroché au pubis : comment conduire et finir l'accouchement ? Il fera pour cela coucher la femme sur le bord de son lit, de façon que les fesses soient plus élevées que les épaules : de la main gauche il soutiendra l'enfant, et le renfoncera un peu dans la matrice, tandis que de la droite il dégagera les bras, s'il est nécessaire ; puis glissant cette même main huilée dans le vagin, derrière le pubis de la mère, il cherchera la bouche de l'enfant, dans laquelle il mettra l'index, tandis

qu'il appliquera le pouce et le médius sur les deux condyles de la machoire inférieure. Dans cette situation, il tournera la tête à droite ou à gauche, du côté le plus aisé, afin de faire répondre le grand diamètre de la tête à celui du petit bassin; et ainsi il terminera l'accouchement.

§. III.

De l'accouchement de plusieurs enfans.

L'accouchement de plusieurs enfans est très-naturel; car si les enfans viennent bien, rien ne doit embarrasser l'accoucheur : mais, à la vérité, cet accouchement peut être suivi d'accidens considérables, et la femme exposée aux plus grands dangers; c'est pour lors que l'accoucheur doit redoubler d'attention et de soins. Nous exposerons les moyens de terminer cet accouchement, après avoir examiné les signes qui nous font connoître le cas en question.

Diagnostic.

Il est fondé sur les effets qui ont lieu pendant la grossesse, mais sur-tout sur les signes sensibles qui se tirent du toucher. Pendant tout le temps de la grossesse, on ne peut que soupçonner la chose. En parlant de la superfétation, nous avons donné les signes qui pouvoient faire connoître que la femme étoit grosse de deux ou trois enfans. Ces

signes ne sont sensibles que dans les cinq derniers mois : vers le quatrième, le ventre se tuméfie extraordinairement, les mammelles se gonflent et se durcissent beaucoup ; dans le septième ou huitième, le ventre est comme partagé en deux tumeurs séparées par une légère dépression. Les incommodités de la grossesse, comme les dégoûts, les vomissemens, les œdèmes, les affections de la tête, etc., sont plus considérables que dans la grossesse simple. Tels sont les signes qui ont lieu pendant la grossesse. L'un d'eux ne signifie rien ; tous ensemble ne donnent que des indications : mais la femme sent en même temps deux mouvemens distincts et fort différens l'un de l'autre, ce qui ne signifie pas plus ; car un seul enfant peut en même temps remuer la tête et alonger les pieds comme par saccade. On ne peut donc, pendant la grossesse, établir un diagnostic certain.

Pendant l'accouchement, d'autres signes se font appercevoir. L'orifice de la matrice se dilate difficilement, ce qui rend le travail long et laborieux ; les eaux ne se forment pas, ou du moins presque pas, ce qui vient de ce que l'un des enfans ayant fait la culbute dans ce temps, et ayant adapté sa tête à l'orifice de la matrice, il arrive que son frère le presse, et empêche que la matrice ne le fasse remonter pendant sa contraction pour pousser les eaux à l'orifice. Si le premier enfant qui sort vient

vient mort, il nous donne à présumer la présence d'un deuxième enfant dans la matrice ; car il n'est pas à présumer que cet enfant vient de mourir sur-le-champ, puisque, la veille, la mère a senti des mouvemens marqués : ces mouvemens viennent donc d'un autre enfant. Pour s'en assurer, on porte la main bien huilée dans la matrice, en suivant le cordon ombilical de l'enfant déja sorti : il est alors fort aisé de connoître s'il y a un ou plusieurs autres enfans. Dans ce cas, on ne procède pas à la délivrance de la mère, mais bien à l'accouchement de l'enfant qui reste dans l'utérus. On commence donc à lier d'une double ligature le cordon ombilical sorti, afin de se débarrasser de l'enfant.

Prognostic.

L'accouchement de plusieurs enfans, quoique naturel, est long et laborieux ; les parties ont déja souffert par la sortie du premier enfant, elles vont encore être en proie à de nouvelles douleurs : cela est fâcheux, sur-tout quand la femme n'est pas forte. Il est d'ailleurs d'expérience qu'une femme qui accouche de deux ou trois enfans, les perd assez communément tous, ou bien il en périt un ou deux. Il est fort rare de voir les jumeaux devenir vieux.

Curation.

Le premier enfant vient librement, et même assez promptement, tandis que le deuxième reste dans la matrice ; d'autrefois il le suit. Dans le premier cas, la matrice revenant au bout de vingt-quatre heures sur elle-même, recommence un nouveau travail pour chasser l'enfant, et le chasse en effet : or les anciens ne considérant que la marche de la nature, disoient : « Il faut, quand le premier en-» fant est venu, attendre que l'autre vienne, ce » qui se fera au bout de vingt-quatre heures que » la matrice se déchargera du fardeau qui l'incom-» mode ». Le précepte ne vaut absolument rien : au bout de ce temps l'orifice se sera totalement resserré ; il faudra un nouveau travail, qui sera beaucoup plus laborieux que le premier. Mauriceau, voulant le corriger, l'a rendu plus mauvais. Il conseille de percer la poche immédiatement après la sortie du premier enfant, de faire couler les eaux, et d'attendre d'ailleurs que l'enfant revienne, pour terminer l'accouchement. Cette manœuvre est absolument condamnable ; car l'enfant restant dans la matrice après la rupture des membranes, l'accouchement se fera à sec, et sera fort laborieux. *Lamotte* s'en est si mal trouvé trois ou quatre fois, qu'il le défend absolument. La méthode des anciens seroit encore à préférer : car, attendre pour

attendre, il vaut mieux que l'enfant sorte avec les eauxque sans les eaux ; mais, quoique moins mauvaise, elle est à rejeter. Voici ce que je crois qu'on doit pratiquer.

Immédiatement après avoir reconnu l'existence d'un deuxième enfant, la main étant encore dans la matrice, on ne doit jamais s'écarter de ce précepte. Il faut sur-le-champ déchirer, rompre les membranes avec l'ongle, chercher les pieds de l'enfant, et l'amener par ces parties, ayant attention de lui donner une bonne situation. Il n'y a qu'un cas où on peut s'écarter de ce précepte, c'est quand l'enfant suit immédiatement le premier, et qu'il adapte sa tête au couronnement ; et encore, si elle étoit simplement adaptée sans être engagée, et qu'elle pût être repoussée, le plus certain alors est de refouler la tête dans la matrice, de porter la main dans l'intérieur de ce viscère, pour chercher les pieds et amener l'enfant par ces parties. Nous disons que c'est le plus certain, parce que, quoique la tête soit bien placée, le travail peut être long, difficile et laborieux, attendu que celui qui vient de se faire a déja beaucoup fatigué la femme.

Mais la tête est trop engagée pour qu'on la puisse refouler, l'enfant est fort descendu ; il faut alors le laisser venir. On soutient les forces de la malade, on favorise la sortie de l'enfant par tous les moyens connus, enfin on se comporte comme dans le travail ordinaire.

Si, malgré ces secours, l'enfant tarde trop à venir, que la tête se soit arrêtée, non parce qu'elle est trop grosse ou mal placée, mais parce qu'elle n'est pas poussée, qu'il n'y a plus de douleurs, faute de contraction, et par l'épuisement de la mère, il faut avoir alors recours au forceps de Palfin, ou mieux, à celui qui a été corrigé par M. Levret. On est obligé de tirer l'enfant, puisqu'il n'est pas poussé, sans quoi il périroit plutôt que d'avancer d'une ligne : il est passif dans cette opération; il ne s'aide en rien : il faut donc tout faire. Nous donnerons la manière de se servir de cet instrument, en traitant de l'enclavement de la tête de l'enfant.

Il est un autre accouchement qu'on pourroit regarder à la rigueur comme naturel : c'est celui où l'enfant vient par les fesses, ployé en deux; mais il est plus vraisemblable de le laisser venir dans cette situation : les funestes accidens qui l'accompagnent doivent le faire ranger parmi les accouchemens contre nature.

ARTICLE II.

De l'accouchement contre nature en général.

On appelle accouchement contre nature celui qui ne peut se terminer sans le secours de l'art, sans lequel l'enfant ne pourroit venir au monde, périroit, et coûteroit la vie à sa mère.

Cet accouchement diffère à raison des causes qui le produisent ; ces causes dépendent, ou de l'enfant, ou de la mère, ou de tous deux : cette distinction nous présente donc trois sortes d'accouchemens contre nature. 1°. Celui qui reconnoît pour cause quelque obstacle de la part de l'enfant ; 2°. celui qui dépend de quelque vice de conformation de la part de la mère ; 3°. celui où se rencontrent, et les obstacles de l'enfant, et les vices de la mère. Nous traiterons seulement des deux premiers : il sera fort aisé de déterminer le troisième en combinant ce que nous aurons dit sur les précédens.

Les signes qui nous annoncent que l'accouchement sera contre nature sont ceux-ci : les douleurs de l'enfantement sont plus fréquentes, plus vives et plus fatigantes que dans l'accouchement naturel. Dans ces dernières, les douleurs ont quelque chose qui satisfait les femmes ; elle sentent que le travail avance ; dans l'intervalle des douleurs, elles ne sentent absolument rien, elles sont gaies. Dans celui contre nature, les douleurs rebutent la femme ; après qu'elles sont passées, elle éprouve encore un mal-aise, une situation peu aisée, une sensation dolorifique ; rien n'avance ; les eaux se forment lentement ; la poche qu'elles font est irrégulière, point arrondie ; la femme tombe dans l'abbattement, perd courage, refuse de faire valoir ses douleurs. Dans les accouchemens naturels, les dou-

leurs prennent aux reins, se portent vers le nombril, passent aux parties génitales et vont se perdre au podex. Dans celui contre nature, les douleurs prennent bien dans les reins ; mais elles se perdent au nombril, et non dans la matrice, parce qu'elles n'ont pas assez de force pour dilater l'orifice de ce viscère ; et tous les autres accidens qui accompagnent d'ordinaire l'accouchement, comme fièvre, chaleur augmentée, rougeur de visage, etc. sont portés au plus haut degré. Ces signes sont fort équivoques : les signes sensibles jettent plus de jour, et nous font connoître d'une manière sûre quelle est la partie de l'enfant qui se présente : et ces signes se tirent du toucher.

Comme dans l'accouchement naturel on touche deux fois, 1°. pendant une douleur, pour reconnoître si la poche des eaux est régulièrement formée, si elle n'est pas arrondie et comme étranglée ; 2°. dans l'intervalle de deux douleurs, pour voir quelle est la partie qui se présente, rarement on acquiert ces connoissances, tandis que les membranes subsistent encore dans leur entier : mais dès qu'elles sont ouvertes, on s'assure aisément de la position de l'enfant. Ceci regarde plus le particulier des accouchemens que le général : nous en traiterons ailleurs.

Causes.

La cause prochaine et immédiate est un obstacle, une difficulté invincible que trouve l'enfant à sortir du sein de la mère. Les causes éloignées qui produisent ces obstacles sont de trois sortes : elles se tirent, ou de la mère, ou de l'enfant, ou de tous deux à la fois.

La mère peut mettre obstacle à l'accouchement de trois façons, 1°. parce qu'il y aura vice de conformation, soit dans les parties dures, soit dans les parties molles; 2°. parce que la matrice est mal située; 3°. parce qu'elle est actuellement attaquée de quelques maladies.

1°. Les vices de conformation ont lieu dans le bassin seulement, ou dans les parties molles, ou dans toutes les deux : nous les connoissons. C'est, de la part des parties dures, le peu de capacité du grand et du petit bassin, l'aplatissement de l'os sacrum, le rapprochement des tubérosités des os ischions, la longueur de la symphyse du pubis, le rapprochement des deux branches osseuses qui forment l'arcade. L'ouverture inférieure du petit bassin peut être tellement étroite, que l'accouchement par les voies ordinaires soit tout-à-fait impossible : pour lors il n'y a pas d'autre moyen que d'avoir recours à l'opération césarienne.

Les vices de conformation des parties molles

sont les cicatrices, les brides, la callosité du vagin, l'existence de l'hymen, l'inflammation de ces parties, leur cohésion presqu'entière, etc.

2°. La matrice est mal située lorsquelle est oblique, et elle l'est quand son axe ne répond pas à celui du petit bassin, mais qu'il est incliné d'un côté ou de l'autre. Cette obliquité se fait en devant ou en arrière, à droite ou à gauche. Dewenter est le premier qui l'ait observée, et qui par là a rendu l'art des accouchemens beaucoup plus certain qu'il n'étoit avant lui.

3°. Les vices qui attaquent la mère lors de l'accouchement et qui le rendent contre nature, sont les pertes, les convulsions, les hernies, la descente de matrice, l'existence d'une pierre dans la vessie, etc.

L'enfant peut aussi former obstacle de trois façons, ou parce qu'il sera trop gros, parce qu'il se présentera mal, ou enfin parce qu'il sera monstrueux.

1°. Parce qu'il sera trop gros en tout ou en partie: en tout, quand c'est un enfant fort et vigoureux, forgé par un père robuste et grand, et que le petit bassin de la mère a peu d'amplitude; l'enfant est trop gros en partie quand le ventre est hydropique, la tête hydrocéphale, la poitrine trop large.

2°. L'enfant se présente mal toutes les fois qu'il n'adapte pas à l'orifice sa tête et les pieds dans une

bonne position, c'est-à-dire, quand il n'adapte pas le vertex même à l'orifice de la matrice, l'occiput appuyé sur le pubis de la mère, la face tournée vers le sacrum : ainsi, s'il présente la tête par l'oreille, le visage, le menton, l'occiput, etc., l'enfant est mal situé. Il en est de même quand il se présente transversalement, soit par le dos, le ventre, le côté, les hanches, les fesses, le genou, l'épaule, le bras, les mains, un pied seulement, etc.

3°. L'enfant est monstrueux de trois façons, ou parce qu'il a des parties de moins, ou parce qu'il en a de trop, ou parce que ces mêmes parties sont d'une conformation vicieuse. La soustraction des parties ne forme pas d'obstacle à l'accouchement; au contraire, elle le favorise : comme, par exemple, lorsque l'enfant n'a qu'une jambe, qu'un bras, qu'il est acéphale, etc. L'addition des parties gêne et forme obstacle; alors il faut beaucoup de patience et d'adresse de la part de l'accoucheur, de constance et de force de la part de la femme : or l'enfant peut avoir trois bras, trois jambes, deux têtes, etc., ou bien deux enfans peuvent être collés ensemble par le frontal ou par le sternum, ou par le ventre : l'accouchement est alors des plus terribles. La monstruosité par vice de conformation dans les parties a lieu lorsque l'enfant ressemble à un animal quelconque, comme à un chat, etc. Malgré ce qu'en ont écrit les au-

teurs, et ce que rapporte Viardel, la chose me paroît peu croyable : mais, en supposant la vérité de ces fables, l'accouchement de pareils monstres n'auroit rien de difficile ; il seroit au contraire plus aisé, parce que les museaux fraieroient et prépareroient la voie au reste du corps.

3°. Enfin l'accouchement contre nature, qui dépend de la mère et de l'enfant, a lieu lorsqu'il se rencontre des obstacles des deux côtés : par exemple, quand la matrice étant oblique, l'enfant se présente mal, quand la femme est attaquée d'une perte de sang, et que l'enfant est trop gros, quand la mère est agitée de convulsions, et que l'enfant est monstrueux : ces combinaisons peuvent se trouver à l'infini.

Prognostic.

Tout accouchement contre nature, de la part de l'enfant, n'est en général pas dangereux. Si l'enfant vit encore, que l'accoucheur soit appelé à temps, et que les eaux coulent encore, on le termine en trois ou quatre minutes ; et, considéré de ce côté, il seroit plutôt heureux que fâcheux. Il n'en est pas de même si les eaux sont écoulées depuis long-temps, si l'accoucheur est appelé tard.

L'accouchement contre nature, dépendant de la mère, est en général plus fâcheux que le précédent ; celui qui reconnoît pour cause des obstacles

de la part de la mère et de l'enfant, est encore plus dangereux en général, et moins à craindre par rapport à lui-même que par rapport aux suites fâcheuses dont il est ordinairement accompagné. Dans cet accouchement, les femmes gagnent par la célérité avec laquelle il se fait; mais elles perdent par les accidens qui suivent: encore les accidens dépendent plutôt de la manière brusque dont on termine l'accouchement, que du retard qu'on met à le faire : la preuve en est que, quand on reconnoît d'abord l'obstacle, et que, sans s'amuser, on termine promptement l'opération, les suites n'ont rien de fâcheux. Les accidens qui suivent un accouchement contre nature qu'on termine mal sont en grand nombre, tant pour la mère que pour l'enfant. Nous les verrons par la suite, et nous donnerons les moyens d'y remédier.

Curation.

Dans tout accouchement contre nature, l'accoucheur doit apporter beaucoup plus de soins, de précautions, de célérité que dans les autres : *Nam periculum maximum in morâ; c'est le retard qui fait le plus grand danger.* C'est alors qu'il doit montrer son savoir, son industrie, et qu'il doit user de sa force, de son adresse, et conserver toute sa présence d'esprit.

Il faut qu'il commence par bien examiner la

nature des obstacles qui s'opposent à l'accouchement, et il établira d'une manière sûre son diagnostic : car, s'il ignore la cause qui rend l'accouchement contre nature, comment le déterminera-t-il ? Si donc il est présent dès le commencement de l'opération, et qu'en touchant la femme dans l'intervalle de deux douleurs, il se soit apperçu que l'enfant ne présente pas la tête, il faut que, sur l'heure et sans balancer, il rompe les membranes pour s'assurer de la partie qui se présente à l'orifice. Si, au contraire, il n'est appelé que longtemps après la rupture des membranes, que l'accouchement lui paroisse dangereux, il faut qu'il examine l'état de la malade, qu'il observe si elle a des forces suffisantes pour soutenir le travail, et qu'il tire son prognostic en conséquence devant les personnes présentes : car si le pouls est petit, concentré, le visage pâle et défait, les yeux mornes et éteints, la voix languissante, les extrémités froides, qu'il survienne des foiblesses et des lipothymies, il est à présumer que la femme périra dans l'accouchement. L'accoucheur doit donc avertir les assistans du danger imminent où se trouve la femme, avant de se mettre à l'ouvrage, afin qu'on ne lui impute pas la mort de la mère ni celle de l'enfant, et qu'on puisse faire administrer les sacremens.

Les choses réglées, l'accoucheur fait placer la

femme en travers sur son lit. D'abord il la fait mettre à plat, ou presqu'à plat, même quelquefois les reins plus élevés que les épaules, selon le cas; le lit doit être plus haut qu'à l'ordinaire, pour qu'il puisse travailler plus commodément. Les personnes fortes ou robustes sont près de la femme pour la soutenir, suivant le besoin. Il lui recommande de ne pas retenir sa respiration, de ne pas contracter les muscles du bas-ventre, en un mot de bien faire valoir ses douleurs.

Avant d'opérer, l'accoucheur trempe sa main dans l'huile; il n'agit que dans l'intervalle des douleurs; et, pendant la douleur, il soutient seulement la partie, qu'il réduit, pour que la contraction de la matrice ne l'engage pas de nouveau. La douleur passée, il recommence à travailler; et l'enfant, une fois amené dans la bonne position, il agira, conjointement avec la femme, avec beaucoup de force et de vigueur.

Or quel est le but que doit se proposer un accoucheur dans tous les accouchemens contre nature? celui de chercher les pieds de l'enfant dans quelque coin qu'ils soient fixés, et de l'amener par cette partie. Il ne doit donc pas suivre le précepte que nous a laissé Hippocrate, dont nous avons fait voir toute la fausseté et le danger. On sentira par la suite toute l'impossibilité qu'on éprouveroit à vouloir amener la tête de l'enfant à l'orifice,

quand il présente toute autre partie : d'ailleurs, quand on le pourroit, elle n'y resteroit certainement pas.

La règle est donc d'amener par les pieds l'enfant mal situé. Cette méthode a été autrefois connue par Paul Eginete, qui lui-même nous donne le précepte. Arétée de Cappadoce et Ariny l'ont aussi connue ; mais elle avoit été oubliée jusqu'à Mauriceau, qui l'a fait revivre. Les anciens avoient encore des préceptes plus meurtriers. Quand l'enfant avoit la tête trop grosse, ils l'ouvroient ; quand il présentoit un bras, ils l'arrachoient ; s'il présentoit le corps, ils l'arrachoient par morceaux avec des crochets. Nous n'employons plus ces instrumens meurtriers que dans le cas où l'enfant ou la mère sont certainement morts. Le forceps est presque seul en usage aujourd'hui. Si, dans l'accouchement contre nature, le volume des matières stercorales gêne trop, il faut donner un lavement, pourvu que la femme ne soit pas en danger de périr, et qu'on ait du temps à soi ; si la vessie est pleine, on fait uriner la femme : ce viscère pourroit très-bien se créver dans le travail.

On a soin de préparer tout ce qui peut être nécessaire pendant et après l'accouchement, au cas que le péril ne fût pas imminent : mais si le danger étoit pressant, l'accoucheur doit aller au fait sur-

le-champ, et laisser le soin d'apprêter toutes ces choses aux femmes qui sont présentes.

SECTION PREMIÈRE.

De l'accouchement contre nature produit par les obstacles qu'oppose l'enfant.

L'enfant forme obstacle, avons-nous dit, 1°. par ses mauvaises situations, 2°. par sa grossseur totale ou particulière, 3°. par sa monstruosité.

L'enfant est mal situé toutes les fois qu'il présente à l'orifice une autre partie que la tête : or ces mauvaises positions peuvent se réduire à certaines classes relativement aux parties qui se présentent, et à la manière de terminer l'accouchement ; nous diviserons donc cette section en plusieurs nombres. Dans le premier, nous examinerons ce qu'il convient de pratiquer dans la situation transversale de l'enfant, soit qu'il présente la poitrine, le ventre, le cou, le côté, ou le dos ; dans le deuxième, nous verrons comment il faut se comporter quand l'enfant présente les fesses, les hanches et les épaules ; dans le troisième, ce qu'il faut faire quand l'enfant présente le cou, soit en devant, soit en arrière, de l'un ou de l'autre côté ; dans le quatrième, comment on doit terminer le terrible accouchement dans lequel l'enfant présente la main, le coude, ou même le bras tout entier, enfin, dans le nombre suivant,

nous examinerons les mauvaises positions de la tête, son enclavement, sa séparation du tronc, et les différens obstacles qu'apporte le cordon ombilical à l'accouchement.

Numéro premier.

Situation transversale, dans laquelle l'enfant présente la poitrine, le ventre, le dos et le côté.

Dans cette position, l'enfant présente le tronc à l'orifice de la matrice, de manière que les pieds en sont plus ou moins éloignés; cette différence change beaucoup l'accouchement. Il peut encore se faire que, dans cette position, les pieds de l'enfant, ainsi que les cuisses, fléchissent sur le ventre, ou soient ramenées sur le dos, ou bien que, formant un plan circulaire avec le tronc, les pieds aillent joindre la tête, et que tout le corps fasse une espèce d'ovale.

Diagnostic.

Les signes par lesquels on connoît que le tronc se présente à l'orifice sont fort équivoques. Ce sont de petites douleurs qui n'annoncent rien; la poche des eaux est oblongue, ovale, les eaux coulent furtivement: cet écoulement se fait de bonne heure, et dure autant que la mauvaise situation. La rupture des membranes et le toucher sont les seuls signes sensibles sur lesquels on peut établir le diagnostic.

Prognostic.

Prognostic.

La position transversale est fâcheuse; l'épine se trouve ployée en deux, la moëlle épinière souffre singulièrement : quant à la curabilité, elle est facile.

Curation.

Elle consiste, comme nous l'avons déja dit, à aller chercher les pieds de l'enfant, à les amener à l'orifice, et à terminer l'accouchement par ces parties.

Position de la poitrine.

L'enfant qui présente la poitrine à l'orifice de la matrice peut le faire de façon que les jambes étant fléchies, les pieds soient ramenés vers le ventre, ou bien de façon que les cuisses et les jambes se continuant avec le tronc, soient renversées sur le dos et forment l'ovale; les pieds s'appliquent à la partie postérieure de la tête : cette double position nous fournit deux façons différentes d'opérer.

Diagnostic.

Avant la rupture des membranes il est fort obscur; la poche des eaux est ovale, à la vérité, au lieu d'être ronde. Cette figure nous fait connoître que l'enfant est placé en travers; mais on ne peut pas déterminer si c'est la poitrine, le dos, le ventre, etc.

qui se présentent. Il faut, sans hésiter, ouvrir les membranes avec une épingle cachée entre le pouce et l'index : les membranes ouvertes, en promenant le doigt, on sent le sternum, les clavicules, la gorge, les côtes, le *scrobiculum cordis*, et quelquefois le cordon ombilical : le diagnostic n'a alors rien d'équivoque.

Diagnostic.

Cette situation n'est pas commune ; plus souvent l'enfant présente le dos, parce que la tête tombant la première dans la culbute, elle entraîne le reste du corps, et le corps vient comme de lui-même se présenter à l'orifice.

Cette position est fâcheuse. 1°. L'enfant ne peut pas venir au monde dans cette position ; 2°. le cordon ombilical est comprimé entre le corps de l'enfant et les parois de la matrice : il est à craindre que la circulation ne s'intercepte ; 3°. l'épine dorsale est pliée en deux, et la moëlle épinière peut être lésée au point que l'enfant en perde la vie ; 4°. s'il réchappe, l'épine reste long-temps foible, et l'enfant ne peut marcher. Quant à la curabilité, il est facile de terminer cet accouchement, si les eaux viennent de s'écouler, parce que l'accoucheur travaille avec aisance. Il n'en est pas de même, si elles sont écoulées depuis huit, dix ou douze heures : les parties sont sèches ; la matrice est revenue sur elle-même

et presse l'enfant de façon à empêcher l'introduction de la main ; elle forme autour de son corps une espèce de sphéroïde qui l'embrasse exactement.

Curation.

L'accoucheur commence à observer les règles générales que nous avons exposées ci-dessus, c'est-à-dire qu'il examine l'état de la malade et le cas dont il est question. Ainsi, s'il prévoit que le travail soit long, il se met à son aise, ménage ses forces, soutient celles de la femme par un bouillon, la place comme il convient, couchée en travers sur le bord d'un lit presqu'à plat, les cuisses élevées et écartées, les genoux très-fermement fixés par deux personnes robustes. Si l'accoucheur travaille immédiatement après la rupture des membranes, l'opération sera aisée, et la plupart de ces précautions inutiles : il ne travaillera que dans l'intervalle des douleurs, et recommandera à la femme de ne les pas faire valoir. Les règles générales observées, il examine les cas particuliers : or nous les avons observés des deux manières : 1°. quand l'enfant présente la poitrine, ses pieds ramenés contre son ventre ; 2°. lorsque les cuisses et les jambes sont renversées sur son dos, et que ses pieds vont s'appliquer à l'occiput pour former l'ovale. Cette dernière situation est la plus commune, et, sur vingt enfans qui présentent la poitrine, il y en a quinze qui sont situés de cette façon.

Premier cas.

L'accoucheur, assis ou bien agenouillé, porte la main droite graissée dans le vagin. Si la tête de l'enfant est à droite, il la glisse sur la poitrine en l'introduisant dans l'orifice; il repousse cette partie, en tournant au fond de la matrice pour amener le ventre à l'orifice. Alors il revient sur les reins, gagne les cuisses, cherche les genoux et les amène à l'orifice; ensuite il refoule un peu les cuisses en repoussant les genoux, non pas directement en haut, mais en faisant fléchir les cuisses pour dégager les jambes et faire descendre les pieds dans le vagin; puis il tire l'enfant dans cette situation jusqu'aux hanches: mais comme il se trouve ployé à contre-sens, c'est-à-dire, vers le pubis de la mère, il faut, en achevant de tirer, le retourner comme nous l'avons prescrit en traitant de l'accouchement par les pieds, et achever comme nous avons dit en ce lieu.

La femme doit coopérer avec l'accoucheur à se délivrer, dès que les pieds sont descendus dans le vagin: auparavant elle abrégeoit le travail en ne faisant pas valoir ses douleurs, crainte de rendre la situation de l'enfant plus fâcheuse; mais l'enfant une fois bien placé, il n'en est plus de même: il faut qu'elle rassemble tout ce qui lui reste de forces pour pousser. Dans ce premier temps, l'accoucheur ne travailloit que dans l'intervalle des

douleurs ; dans le deuxième, il agit pendant la douleur, au contraire, et se repose dans les intervalles. Ces préceptes doivent avoir lieu dans tous les accouchemens contre nature.

Si, quand on a amené les genoux à l'orifice, on ne pouvoit les refouler pour dégager et amener les jambes, il ne faut pas s'obstiner, on casseroit le *fémur*. On doit alors laisser venir l'enfant, les jambes ployées sous les cuisses : il descendra très-bien dans cette situation ; on passera les deux index en crochet sous les plis des jarrets, et on le tirera jusqu'aux hanches. Il n'est pas besoin de rappeler que l'enfant une fois bien placé, on se sert d'un petit linge sec pour saisir les pieds et les jambes.

Second cas.

L'enfant, en présentant la poitrine, forme un ovale parfait ; les pieds sont appuyés sur le derrière de sa tête, et par conséquent fort éloignés de l'orifice. Il est aisé de voir que la manœuvre dans ce cas doit être plus difficile, puisque la main droite doit aller chercher les pieds beaucoup plus loin que dans le cas précédent. Je ne conseille pas de suivre la méthode adoptée en général par les accoucheurs dans ce cas. Elle consiste à refouler tout doucement la tête et la poitrine vers le fond de la matrice, jusqu'à ce que le ventre, les cuisses et les genoux aient successivement passé

devant l'orifice : cette manœuvre est longue et difficile. Je crois qu'il faut porter la main gauche, bien huilée dans la matrice, si la tête est à droite, ou, si elle est à gauche, la main droite vers le fond de la matrice, en la glissant entre le sacrum de la mère et le corps de l'enfant, à peu près sur l'hypocondre. On passe la main sous le premier pied; et glissant toujours vers le fond, sans s'y arrêter, on va chercher le second pied, qui est plus éloigné; on les saisis alors tous les deux, on retire à soi, en ramenant la main par le même chemin, et on lui fait décrire une portion du cercle du haut en bas, et de derrière en devant. Pendant ce temps-là, on appuie de la paume de la main sur la poitrine, à laquelle on fait faire un mouvement contraire; c'est-à-dire qu'on lui fait parcourir un quart de cercle du bas en haut, et de devant en arrière: de sorte que le total de l'enfant fait à peu près une demi-rotation semblable à celle que feroit une roue sur son axe. Les pieds amenés à l'orifice de la matrice, j'achève l'accouchement à l'ordinaire, ayant attention de retourner l'enfant, s'il a la face en devant. Telle est la méthode que je mets en pratique pour terminer ces accouchemens, et tels en sont les mouvemens, beaucoup plus faciles à concevoir en les voyant pratiquer, que quand ils sont décrits sur le papier.

Position du ventre.

La deuxième position transversale est celle dans laquelle l'enfant présente le ventre à l'orifice de la matrice ; elle est aussi rare que la précédente.

Diagnostic.

On ne peut pas connoître cette position avant la sortie des eaux : la poche est bien alongée et ovalaire, signe ordinaire de la position transversalle ; mais on ignore quelle est la partie au juste qui se présente quand les membranes sont rompues : il est aisé de s'en appercevoir. Pour cet effet, on insinue la main dans le vagin, et le doigt dans l'orifice ; on palpe, on sent une tumeur molle et arrondie, au milieu de laquelle on sent le cordon ombilical : on ne peut le confondre avec la tête, parce que cette dernière est dure. Le cordon ombilical tombe aussi ordinairement dans le vagin. Ce dernier signe, il est vrai, n'est pas particulier à cette position, car le cordon tombe de même quand l'enfant présente la poitrine ou le côté : enfin, en promenant le doigt à l'orifice, de côté et d'autre, on trouve les parties génitales, la crête et l'os des îles ou le bord inférieur de la poitrine, le scrobicule du cœur, etc. Il reste actuellement à savoir si l'enfant est mort ou vivant, et de quel côté est placée la tête. On décide de sa

vie par les battemens des artères ombilicales, et de la position de la tête par la rencontre des parties voisines.

Prognostic.

Cette situation a toujours paru fâcheuse à la plupart des accoucheurs. Mauriceau la regarde comme telle. Lamotte dit cependant qu'il a été surpris de la facilité avec laquelle il a terminé plusieurs fois cet accouchement : il est effectivement assez facile, si les eaux se sont écoulées depuis peu, et si l'accoucheur a un peu d'intelligence et de force. Il n'en est pas de même quand les membranes se sont rompues depuis long-temps ; car alors la matrice étant exactement resserrée sur le corps de l'enfant, tout le péril est de son côté à cause de la forte pression de la matrice sur le ventre de l'enfant, et de la courbure forcée de son épine. S'il en échappe, il se trouve foible des reins, et quelquefois attaqué d'une paralysie aux extrémités inférieures, dont il ne peut guérir. Dans cette position, le méconium sort. Quelques-uns regardent cette évacuation comme un signe de mort ; mais il ne faut pas s'en étonner ici, ni s'en effrayer : la seule pression qu'éprouve le bas-ventre occasionne cet effet. Le cordon ombilical sera toujours la boussole qui nous fera décider de la vie ou de la mort de l'enfant. Si cet état dure depuis long-temps, que le travail paroisse

long et laborieux, l'accoucheur doit ondoyer l'enfant avant toutes choses, pour que les parens n'aient pas à lui faire des reproches sur sa mort.

Curation.

Nous avons deux cas à examiner : ou l'accoucheur doit rompre les membranes lui-même, ou les eaux sont écoulées depuis long-temps, et le ventre est fortement adapté à l'orifice de la matrice. Voyons la manière de manœuvrer dans ces deux cas.

On commence par observer les règles générales : la femme est placée sur le lit de misère, tout au bord, de façon que les fesses soient plus élevées que la poitrine. On lui fait prendre un bouillon, un verre de vin, ou un œuf frais. L'accoucheur se place à son aise, et ne travaille que dans le temps des douleurs.

Premier cas.

Les eaux viennent de s'écouler ; l'accoucheur, sans perdre de temps, doit promptement glisser la main droite sur la poitrine de l'enfant, si la tête est du côté droit, ou, si elle est du côté gauche, il appuie les doigts écartés sous les aisselles, et repousse en haut, en tournant cette partie jusqu'à ce que les genoux se trouvent à l'orifice : alors il dé-

gage les jambes, comme nous avons dit dans le premier cas de la position précédente, et achève l'accouchement à l'ordinaire, par les pieds.

Deventer et Smelie veulent qu'on ramène le côté de l'enfant à l'orifice de la matrice, au lieu d'aller chercher les pieds. Cette pratique est absolument condamnable, et doit être abandonnée. D'autres auteurs pensent qu'il faut glisser la main huilée sous les cuisses, les genoux et les jambes, gagner les pieds, et les ramener à l'orifice. Cette pratique ne vaut rien ; on risque de luxer les articulations ou de rompre les jambes. Mauriceau a donc mieux rencontré en imaginant la méthode ci-dessus.

Second cas.

Les membranes se sont rompues de bonne heure, les eaux sont écoulées depuis long-temps, les parties sont à sec : la méthode de Mauriceau est impraticable dans ce cas. La matrice s'est resserrée de manière à ne pas permettre l'introduction de la main le long du corps de l'enfant : Wiardel est le seul qui ait proposé une manœuvre pour ce cas ; mais il n'a pas assez développé son idée : la voici. L'accoucheur doit chercher l'endroit le plus facile pour introduire sa main huilée, un genou en terre ; il porte donc sa main en haut ou en bas, selon qu'il trouve plus ou moins de facilité ; il la pousse directement vers le fond de la matrice, en

passant dessus ou dessous les reins de l'enfant, suivant le cas ; cherche les pieds, les saisit et les tire à lui, en ramenant sa main par le même chemin, et fait faire à l'enfant une demi-rotation, semblable à celle du deuxième cas de la position précédente, ce qu'il fait, en repoussant les cuisses dans un sens opposé, avec la paume de la main, et le pouce qu'il appuie fortement sur ces parties. Par ce moyen, les pieds sont ramenés à l'orifice de la matrice ; l'accoucheur les saisit avec un petit linge, les tire dans le vagin, pendant que l'enfant continue à se développer : alors il accouche à l'ordinaire, en peu de temps, en se faisant aider par la mère, et en retournant l'enfant pendant une douleur. Cette méthode est bonne ; celle d'attacher des lacs aux pieds de l'enfant ne vaut rien.

Position d'un côté.

La position dans laquelle l'enfant présente le côté n'est pas connue ; quelquefois le cordon sort, d'autres fois il ne sort pas.

Diagnostic.

Avant la sortie des eaux, il n'y a que les signes généraux ; savoir, les douleurs lentes, qui n'avancent rien, la poche des eaux, qui est oblongue, le mal-aise de la femme : ces signes nous indiquent la position en travers, sans déterminer laquelle.

Après la rupture des membranes, le diagnostic n'a plus rien de bien difficile. En promenant le doigt on sent, d'un côté, le sternum, de l'autre, la colonne épinière, en haut les fesses, les côtes en bas, les hanches. Au reste, la situation de toutes ces parties indique où est la tête, et le battement des artères ombilicales instruit de la mort ou de la vie de l'enfant.

Prognostic.

La situation n'est pas périlleuse, à moins qu'elle ne dure trop long-temps : alors elle nuit à la circulation ; l'enfant ne peut venir en cette situation : la mère n'est pas en danger. Les eaux viennent de s'écouler ; le travail sera facile : il y aura beaucoup plus de difficulté, si elles le sont depuis long-temps.

Curation.

Il faut se hâter, le plus qu'il est possible, et mettre en usage les préceptes généraux. Or il y a deux cas : ou les pieds sont en devant, ou ils sont en arrière. S'ils sont en devant, il ne s'agit que de les dégager et de les amener à l'orifice, ce qui est fort facile, et achever l'accouchement à l'ordinaire. S'ils sont en arrière, l'accoucheur doit passer la main par l'endroit le plus commode, pour les aller chercher et les amener à l'orifice, en faisant faire la demi-rotation au corps de l'enfant, et le tirer par ces parties.

Position du dos.

De toutes les positions transversales celle du dos est la plus commode. Elle est fort ordinaire, parce que l'enfant, en faisant la culbute, a parcouru une portion de cercle plus considérable qu'il ne devoit; la tête, au lieu de s'arrêter à l'orifice, a entraîné le reste du corps, et le dos est ployé vis-à-vis l'orifice.

Diagnostic.

Avant la rupture des membranes, il n'y a que les signes généraux de la situation transversale, sur quoi il faut observer que la figure oblongue de la poche des eaux ne manque jamais; mais après la sortie des eaux, il n'est rien de si aisé à connoître: en touchant on sent une tumeur dure, ronde et parsemée d'osselets: ce sont les vertèbres, les côtes; quelquefois on sent les hanches, d'autres fois, l'omoplate.

Prognostic.

Il n'est pas fâcheux, sur-tout lorsque les eaux viennent de s'écouler: 1°. parce que l'accouchement est bientôt terminé, 2°. parce que la culbute de l'épine, dans cette position, est peu dangereuse. Cependant, si les membranes sont rompues depuis long-temps, que les cuisses soient trop rapprochées du ventre, et que cette position dure

long-temps, la circulation peut être fort gênée dans le bas-ventre de l'enfant, qui en souffre.

Pratique.

L'accoucheur, sans perdre du temps, glisse la main huilée sur le dos de l'enfant jusqu'aux fesses, appuie fortement le pouce sur l'épine, et, dans cette attitude, il repousse le corps de l'enfant du côté où est la tête (c'est pour l'ordinaire à la partie inférieure), lui fait faire la boule, jusqu'à ce qu'il ait amené les fesses à l'orifice. Pour lors, il porte sa main sur sa cuisse, gagne un genou, qu'il amene en lui faisant faire avec la main appliquée à la partie antérieure de la cuisse, un mouvement d'abduction, pendant lequel il repousse avec le pouce les fesses dans la matrice, un peu sur le côté opposé par lequel vient le genou; tout cela se fait pendant l'intervalle des douleurs. Le premier genou amené à l'orifice, il va chercher le deuxième, le dégage de même et l'amene, puis il dégage les jambes pour faire descendre les pieds dans le vagin; ce qui se fait en fléchissant un peu les cuisses sur le ventre, et il termine l'accouchement à l'ordinaire.

N°. II.

Positions dans lesquelles l'enfant présente les fesses, les hanches, les genoux et les épaules.

Nous rassemblerons ces positions dans ce numéro,

non que la manière d'opérer soit la même dans tous les cas, mais parce qu'on les termine aisément, excepté celles où l'enfant présente l'épaule : d'ailleurs les signes généraux qui les annoncent sont à peu près les mêmes, ce qui semble exiger qu'on les range dans une même classe.

Position des fesses.

Cette situation n'est nullement rare, on la rencontre souvent dans la pratique : or l'enfant peut présenter une seule fesse ou toutes deux; il peut être seul dans la matrice, ou avec un autre enfant qui présente la tête, et lui les fesses.

Diagnostic.

Avant la rupture des membranes, il n'y a aucun signe : les eaux forment une poche circulaire, large et platte comme dans la position de la tête, de sorte qu'il est impossible de présumer le cas. On peut, à la vérité, dans l'intervalle des douleurs, sentir les plis des fesses, disent quelques auteurs ; mais il ne faut guère sans flatter. Quand les membranes sont crevées, c'est différent ; encore peut-on s'y tromper : car l'orifice serrant exactement les fesses au passage, il se fait une tumeur qu'on prendroit aisément pour un champignon qui vient à la tête des enfans qui ont été long-temps arrêtés au passage. Cependant l'anus, les parties génitales, les

tubérosités des ischions, le coccyx, les plis des fesses, d'ailleurs la sortie du méconium, qui a toujours lieu à cause de la forte compression que souffre le bas-ventre, lèvent le doute.

Prognostic.

Cette position n'est pas absolument dangereuse pour l'enfant qui peut s'y tenir un certain temps sans courir risque de sa vie. La sortie du méconium ne doit pas induire à penser qu'il est mort: on apperçoit une cause évidente de cette évacuation; c'est l'attitude de l'enfant, qui, gêné, donne lieu à la pression des intestins. D'ailleurs ce méconium est visqueux; il a une odeur supportable; il n'est pas dissous, délayé, fétide, comme quand l'enfant est mort.

Malgré tout ce que nous venons de dire, si l'enfant restoit trop long-temps dans cette position, que la femme fût forte et robuste, que la matrice se contractât vivement, la circulation pourroit être gênée au point de faire périr l'enfant. Ce malheur seroit encore plus à craindre, si, par un vice de conformation, le petit bassin de la mère devenoit trop étroit.

L'enfant peut venir au monde dans cette position. Il se fera, à la vérité, une forte dilatation dans les parties génitales molles; l'accouchement peut même se faire avec une sorte d'aisance, si l'enfant

l'enfant est d'une grosseur médiocre, et que, d'un autre côté, le petit bassin soit ample, les parties molles, bien disposées, la femme vigoureuse. Quand, au contraire, l'enfant est trop gros, la mère délicate, les parties génitales étroites (et elles le sont toujours dans un premier accouchement), l'opération sera toujours longue et laborieuse, les parties molles seront tuméfiées, déchirées, à moins qu'on n'amène l'enfant par les pieds. La femme est alors exposée à tous les accidens qui suivent une pareille lésion : par exemple, à l'inflammation, à la meurtrissure des parties génitales, à la suppression des lochies, etc.

Pratique.

Nous avons trois cas à observer : 1°. les eaux viennent de s'écouler; 2°. elles sont écoulées depuis long-temps; la femme est foible et délicate; 3°. les eaux sont écoulées depuis long-temps; mais la femme est forte et robuste.

Premier cas.

Les eaux viennent de s'écouler. L'accoucheur, soupçonnant la mauvaise situation, rompt lui-même les membranes : il faut que, sans perdre de temps, il glisse la main huilée sur les fesses et les reins de l'enfant; qu'il repousse cette partie, dans l'intervalle d'une douleur, du côté où est la tête, pour amener les parties postérieures des cuisses à l'orifice :

alors il dégage les pieds et les jambes, en fléchissant un peu les cuisses pour saisir les pieds. Il a glissé ses doigts alongés, d'abord le long d'une cuisse, ensuite le long de l'autre, quand le premier pied a été dégagé : les pieds amenés à l'orifice, il termine à l'ordinaire. Si l'accoucheur trouvoit trop d'obstacles à dégager la deuxième cuisse, il pourroit faire venir l'enfant dans cette situation.

Deuxième cas.

Les eaux sont écoulées depuis dix-huit ou vingt heures; les parties sont sèches et fortement adaptées autour des fesses : l'accoucheur doit alors examiner l'état de la femme. Si elle est foible, épuisée, que le bassin soit étroit, il faut, de toute nécessité, aller chercher les pieds de l'enfant; car, si on abandonne les choses à la nature, elle ne pourra suffire pour terminer le travail; la femme et l'enfant périront infailliblement : il faut, à quelque prix que ce soit, entrer dans la matrice. Pour cet effet, l'accoucheur commence par observer les règles générales avec toute l'exactitude possible. Il fait prendre à la femme un bouillon, un petit verre de ratafia, afin qu'elle ne perde pas ses forces; il la fait coucher en travers sur le bord d'un lit, les reins plus élevés que les épaules, les genoux assujettis par des personnes robustes; ensuite il empoigne la saillie des fesses avec tous les doigts de la main droite, bien

trempée dans l'huile : les fesses ainsi empoignées, il les pousse dans la matrice, en faisant de petits mouvemens à droite et à gauche, en haut et en bas. Dès qu'il s'est fait un peu de jour, il introduit sa main dans la matrice, et continue à manœuvrer comme dans le cas précédent.

Troisième cas.

Les membranes sont crevées depuis long-temps, les fesses sont fortement engagées et serrées par l'orifice de la matrice, l'intromission de la main est impossible; d'un autre côté, la femme est encore robuste, son bassin est spacieux : que faire ? il faut laisser venir l'enfant dans cette position. La femme, placée comme il convient, on lui donne un cordial pour soutenir ses forces; on lui recommande de bien faire valoir ses douleurs : par là, l'enfant engage de plus en plus ses fesses dans le vagin. Aussitôt qu'on le peut, on pousse les deux index en crochet dans les plis des aines; on arcboute ses pieds contre le lit, et on tire de toutes ses forces. Dans l'intervalle des douleurs, on se contente de soutenir l'enfant avec un seul index, pour qu'il ne remonte pas, tandis que, de l'autre main, on enduit toutes les parties avec de l'huile ou du beurre frais : il faut sur-tout faire attention à l'orifice de la matrice, qui est alors énormement dilaté. On le graisse donc, en le dilatant, à la

partie postérieure, avec les deux pouces, pendant qu'on tire avec l'index dans le temps d'une douleur, ou bien on le fait faire par une personne entendue : par là on prévient la déchirure de cette partie, qui va quelquefois jusqu'à l'anus. Quelques praticiens ont conseillé de couper la fourchette, quand elle résiste trop ; mais on ne doit pas le faire, car on est incertain si elle ne se déchirera pas. Il peut se faire qu'il y ait deux enfans dans la matrice, dont l'un présente les fesses, et l'autre toute autre partie. Dans ce cas, il faut commencer par repousser la partie du deuxième enfant qui se présente ; ensuite on refoule les fesses du premier pour lui saisir les pieds et les amener, puis on vient à l'autre, et on l'amène aussi par les pieds. Il peut encore arriver que l'enfant présente les fesses, que la matrice soit oblique : alors l'enfant ne présente d'ordinaire qu'une fesse, l'autre étant accrochée sur le pubis ou sur le sacrum, ou sur l'un des bords du petit bassin.

Il est clair que l'enfant ne viendra jamais dans cette situation ; il est comme suspendu. L'accoucheur glisse sa main le long de la fesse et de la cuisse qui se présente, la repousse sur le côté opposé, dégage la jambe, et fait descendre le pied dans le vagin, le long de cette jambe dégagée : il coule de nouveau la main pour aller chercher l'autre, pour la dégager de dessus le petit bassin,

faire descendre son pied dans le vagin, et terminer à l'ordinaire : car l'enfant ne vient pas en double dans une matrice oblique.

Position de la hanche.

Cette position est fort embarrassante à reconnoître dans certains cas ; heureusement elle est rare.

Diagnostic.

Il n'y a aucun signe qui indique cette position avant la rupture des membranes. La poche que les sacs forment est ronde comme dans la position de la tête ; il est même quelquefois fort difficile d'établir le diagnostic après la rupture des membranes. En portant le doigt dans l'orifice, on sent, à la vérité, une tumeur ronde ; mais on ne sait si c'est la tête, la hanche, l'épaule ou la fesse. *Lamotte* dit que de toutes ces parties celle qui ressemble le plus à la tête c'est la hanche, quand elle est adaptée à l'orifice de la matrice : cette obscurité a sur-tout lieu quand cette partie est restée pendant quelques temps à l'orifice, et qu'elle s'est tuméfiée. Cependant, en promenant sa main, on sent les parties voisines, comme les vertèbres, les cuisses, les parties génitales, les os pubis, et on s'assure de la nature des parties qui se présentent.

Prognostic.

Cette situation n'est pas absolument fâcheuse, à moins qu'elle ne dure depuis long-temps. Alors, l'enfant peut périr, parce que l'épine souffre ; car tout le corps est fortement ployé sur le côté : s'il vit, il court risque d'avoir l'épine foible. Dans cette situation, le méconium sort quelquefois ; mais il ne faut pas s'en effrayer : l'accouchement est facile à terminer, sur-tout quand les eaux viennent de s'écouler. Il n'en est pas de même quand les membranes sont rompues depuis long-temps. Alors les parties sont sèches, tuméfiées ; elles serrent fortement la hanche, rendent l'intromission de la main très-difficile, et le refoulement de la hanche est mal-aisé et presqu'impossible : si les talons n'étoient pas éloignés des fesses, la chose seroit moins difficile.

Pratique.

Nous avons deux cas à considérer, celui où l'accoucheur vient de rompre les membranes, et celui où les eaux sont écoulées depuis long-temps.

Premier cas.

L'accoucheur introduit promptement sa main dans le vagin : les règles générales observées, il repousse les hanches du côté opposé à la cuisse,

et la saisit en appliquant les quatre doigts et la main à sa partie intérieure, tandis qu'il appuie fortement sa main sur le bassin de l'enfant. Dans cette situation, il amène le genou à l'orifice, en faisant faire à la cuisse une sorte de bascule; le mouvement se fait de la part de la tête du fémur dans sa cavité, en abaissant les cuisses et en repoussant le bassin avec le pouce. Le premier genou amené, l'accoucheur porte sa main le long de la cuisse dégagée pour chercher l'autre et l'amener par un même mouvement; il dégage ensuite les pieds et accouche à l'ordinaire.

Deuxième cas.

Quand les eaux se sont écoulées depuis long-temps, la manœuvre est absolument la même que celle que l'on emploie lorsqu'on veut terminer l'accouchement: l'enfant ne peut venir dans cette situation; il faut donc, à quelque prix que ce soit, introduire la main dans la matrice. Cette opération est difficile, il est vrai; mais elle n'est pas impossible. On place, pour cet effet, la femme favorablement; on soutient ses forces, et on ne travaille que dans l'intervalle des douleurs.

Position des genoux.

La situation dans laquelle l'enfant présente les genoux n'est pas rare : or il peut se faire qu'il

les présente tous deux ou bien qu'il n'en présente qu'un. Dans le premier cas, il y en a toujours un plus élevé que l'autre : pour lors, l'un des deux s'arrête sur l'un ou l'autre bord du petit bassin. Quand il n'en présente qu'un, c'est que l'autre cuisse est ployée sur le ventre. Enfin, les genoux peuvent être fortement engagés à l'orifice, ou seulement adaptés.

Diagnostic.

Avant la rupture des membranes, il est difficile de voir cette position ; mais la chose n'est pas impossible. La poche des eaux est d'abord ronde et applatie, comme dans la situation de la tête ; mais si les genoux continuent à descendre, elle devient oblongue, comme dans la position du ventre. Dans l'intervalle des douleurs, on sent une tumeur ronde et dure comme la tête ; mais elle n'en a pas le volume, l'égalité, et elle est comme partagée en deux. Les eaux écoulées, le diagnostic n'est plus équivoque ; on sent la rotule, le jarret, la cuisse, la jambe, les pieds, quelquefois, si les genoux sont déja fort engagés : on ne peut les confondre avec le coude ; sa forme est pointue, celle des genoux est ronde : on les distingue aussi aisément de l'épaule, puisque, dans cette dernière position, on sent les omoplates, le cou, les clavicules. On saura sans peine s'il se présente une ou deux de ces parties : d'autres

même peuvent se présenter, comme un bras, un pied, une main, une portion du cordon ombilical; il faut y prendre garde.

Prognostic.

Il n'a rien de bien fâcheux ni pour la mère ni pour l'enfant; ce dernier peut rester long-temps dans cette situation sans courir aucun risque : d'ailleurs, les pieds ne sont pas éloignés. Si les genoux sont trop engagés pour être refoulés, l'enfant peut venir dans cette position; il sera cependant mieux de dégager les pieds; l'accouchement sera plus prompt : il n'y aura rien à craindre pour la mère.

Pratique.

Nous avons ici plusieurs cas à considérer. 1°. L'enfant peut présenter un seul genou; 2°. il peut les présenter tous les deux, mais l'un plus élevé que l'autre; 3°. il peut les présenter de niveau; 4°. enfin, avec un ou deux genoux il peut sortir quelques parties. Ces différens cas peuvent encore être considérés immédiatement ou long-temps après la sortie des eaux.

1°. L'enfant présente un seul genou. La femme bien située, et ayant pris un bouillon, on attend l'intervalle d'une douleur pour refouler le genou : pour le faire, on fléchit doucement la cuisse sur le ventre. Par ce moyen, le pied vient de lui-même à l'orifice; on le tire dans le vagin pendant qu'on

repousse la fesse : après cela, on cherche les deux genoux en portant la main le long de la cuisse dont on a tiré le pied ; on porte ce pied sur le ventre, et on gagne l'autre cuisse pour saisir le genou, qu'on repousse sur le ventre de la même manière que l'autre : par là, le second pied s'approche aussi de l'orifice ; on les met de niveau, et on termine à l'ordinaire. Il faut toujours faire en sorte d'avoir les deux pieds ou de savoir la situation de l'autre, sans cela on courroit risque de rompre le fémur ; car, d'ordinaire, le pied qui reste est appuyé sur le bord du petit bassin : or il est clair que si on tire, on tend à séparer les cuisses du corps, ou à faire prêter les os, ce qu'ils ne font qu'en se cassant. Dans toute autre position que celle-ci, l'enfant peut venir par une seule jambe.

2°. L'enfant présente les deux genoux à l'orifice ; mais l'un est plus élevé que l'autre. Les règles générales observées, l'accoucheur ne doit pas amener le genou le plus avancé, qu'il n'ait amené l'autre au même point : alors il dégage les pieds, repousse doucement le genou le plus descendu ; ce seul refoulement suffit pour décrocher le genou arrêté : alors tous deux se présentent à l'orifice et de niveau. Si cette manœuvre ne suffit pas, l'accoucheur tire le pied du genou qu'il vient de refouler, et le fait descendre dans le vagin, le long de la jambe et de la cuisse ; il porte la main huilée,

gagne l'autre cuisse, la fléchit un peu vers le ventre pour dégager le genou, dont le pied vient communément se présenter à l'orifice. Dans ce cas, il le tire dans le vagin, le met à côté de l'autre, et termine l'accouchement. Si le deuxième pied ne peut pas venir à l'orifice, l'accoucheur tire l'enfant par la jambe dégagée, saisit bien le genou ployé dans le pli du jarret, avec l'index, et l'enfant vient sans inconvénient, une jambe fléchie et l'autre tendue.

3°. L'enfant présente les deux genoux de niveau. Si l'accoucheur ne peut refouler les deux genoux dans la matrice pour amener les pieds à l'orifice, parce que les genoux sont trop engagés, il peut attendre que l'enfant vienne les jambes ployées, sans craindre les suites de l'accouchement, qui, avec son secours, se terminera heureusement. Dans ce cas, il saisira les deux genoux avec une main, de façon que l'index soit entre ces deux genoux, le pouce sur une cuisse, et les trois autres doigts sur l'autre; il tirera pendant une douleur, jusqu'à ce que les jambes se déploient d'elles-mêmes : pour lors il terminera à l'ordinaire, ou bien il formera deux crochets de l'index de chaque main, qu'il passera dans cet état dans le pli des jarrets, et tirera pendant une douleur, en dégageant jusqu'aux hanches.

4°. L'enfant présente le genou avec une autre partie, par exemple, la main : sans perdre de temps, on

fait en sorte de la refouler. Pour cet effet, on met la paume de cette main dans la sienne, le pouce sur le dos, les autres doigts alongés sur l'avant-bras; on repousse, en faisant ployer le bras, jusqu'à ce qu'on l'ait réduit dans la matrice : alors l'accoucheur continue sa besogne. Mais il est des cas où la matrice est tellement resserrée, qu'il ne peut repousser la main sans courir risque de luxer quelque chose : dans ce cas, il doit agir comme si la main n'y étoit pas; l'enfant viendra sans danger, le bras à côté de son corps.

Position de l'épaule.

L'enfant peut présenter l'épaule par le moignon même : cette position est très-fâcheuse, mais, heureusement, elle est rare : elle peut durer depuis vingt ou vingt-quatre heures, plus ou moins.

Diagnostic.

On ne peut rien distinguer avant l'écoulement des eaux. Les membranes crevées, on sent une tumeur ronde, dure, qu'on peut très-bien confondre avec la hanche; mais en promenant l'index sur la partie, on trouve le cou, la clavicule, l'aisselle, l'omoplate, ou on s'assure que c'est l'épaule.

Prognostic.

Cette position est plus fâcheuse qu'elle ne paroît

au premier coup-d'œil : elle est dangereuse pour l'enfant ; car le cou étant fléchi comme il l'est, la moëlle épinière souffre considérablement ; le retour du sang par les jugulaires est gêné, tandis qu'il se porte continuellement à la tête par les carotides ou les vertébrales : il est donc à craindre que le cerveau, surchargé de sang, ne soit lésé, que les fonctions animales n'en souffrent, et que l'enfant ne meurre au bout de vingt-quatre heures. Quant à la curabilité, l'accouchement est très-difficile à terminer, si l'enfant garde cette situation, 1°. parce que les pieds sont éloignés ; 2°. parce que, si cet état dure, l'épaule est tellement engagée et tuméfiée, qu'on ne peut introduire la main dans la matrice.

Pratique.

Ou les eaux viennent de s'écouler, ou elles le sont depuis long-temps : dans l'un et l'autre cas, l'accoucheur met d'abord en usage les préceptes généraux.

1°. Les eaux ne font-elles que s'écouler, l'accoucheur porte la main dans le vagin, la glisse sur l'épaule et le cou de l'enfant, de façon que le moignon soit dans la paume de la main, le pouce sur l'aisselle, et les doigts étendus, appuyés contre l'occiput. Il se sert de la main droite, si la tête est à gauche ; si elle est à droite, dans cette attitude,

il repousse en haut pour faire remonter l'enfant et amener le côté à l'orifice : ce mouvement de boule se fait assez facilement, si les eaux viennent de s'écouler et que l'enfant soit peu engagé. Le côté amené à l'orifice, on termine, comme nous l'avons dit, dans cette position.

2°. Les eaux sont écoulées depuis long-temps, les parties sont sèches, tuméfiées : alors il faut mettre en usage la même manœuvre, mais y aller avec vigueur, employer toutes ses forces pour entrer dans la matrice, et avoir soin d'observer exactement toutes les règles.

N°. III.

Positions dans lesquelles l'enfant présente sa main, le coude ou le bras entier.

Les situations que nous allons examiner sont des plus dangereuses qu'on puisse rencontrer dans la pratique ; il faut cependant en excepter celle où la main se présente la première.

Position de la main.

Cette position est encore assez commune : l'enfant peut présenter une seule main, et même toutes les deux; il peut sortir quelques autres parties, comme le pied, le cordon ; la tête elle-même peut s'adapter à l'orifice, les deux mains appliquées à ses côtés.

Diagnostic.

Avant la rupture des membranes, dans l'intervalle de deux douleurs, on sent bien de petites parties molles, confuses ; mais sont-ce les pieds, les mains ? les membranes crevées, le diagnostic est clair.

Prognostic.

Cette situation n'a rien de bien fâcheux ; car elle ne peut être considérée que sous un seul point de vue, c'est-à-dire, immédiatement après la rupture des membranes. Pour peu que cet état dure, l'avant-bras, le bras même s'engagent, et c'est une nouvelle situation qui exige toute l'attention : quand il n'y a que la main, cette situation n'est fâcheuse ni pour la mère ni pour l'enfant.

Pratique.

Dès que les membranes sont ouvertes, l'accoucheur porte sa main sur la poitrine de l'enfant, la refoule dans le fond de la matrice : les mains rentrent par là ; puis il va chercher les pieds, en glissant sa main sur le ventre, les cuisses, les jambes, et il amène l'enfant par cette partie.

Position du bras.

Cette situation a plusieurs différences : l'enfant peut présenter les bras ou avant ou après la rupture

des membranes. Dans le premier cas, le bras ne peut être que légèrement engagé, et cela se rapporte à la position précédente. Dès que les membranes sont rompues, le bras descend fort promptement; et c'est ce cas que nous devons examiner. Or il peut se faire que les eaux viennent de s'écouler, et que le bras ne soit engagé que jusqu'au coude, ou que leur sortie s'étant faite depuis long-temps, le bras soit descendu jusqu'à l'aisselle; il peut même arriver que la force des douleurs fasse engager l'épaule et le haut de la poitrine. Dans cette dernière situation, le bras peut encore être dans l'état naturel ou dans un état contre nature.

Le bras est dans un état contre nature quand il est tuméfié, flétri, meurtri, même sphacelé: ce qui ne peut arriver que quand cette position a duré deux ou trois fois vingt-quatre heures; pour lors le bras acquiert un volume énorme. Le bras peut s'être accroché d'une part sur le pubis, de l'autre sur le sacrum, et se présenter en travers à l'orifice, qui, se tuméfiant autour du bras, le presse fortement et l'enclave; ce bras peut encore appartenir à un enfant mort ou à un enfant vivant; enfin les bras peuvent se présenter avec une autre partie, tels que le cordon ombilical, les pieds ou la tête.

Diagnostic.

Avant la sortie des eaux, il n'y a aucun signe certain

certain de cette position : d'ailleurs, l'accoucheur n'est jamais appelé qu'après la rupture des membranes. S'il s'y trouve avant l'écoulement des eaux, il n'aura pas le bras à réduire, mais la main seulement. Quand donc les eaux sont écoulées, il est aisé de s'assurer si c'est le bras qui sort, ainsi que de toutes les différences que nous venons de rapporter. On connoît si l'enfant est mort en touchant le cordon ombilical ou l'artère radicale ; mais si le bras est fort tuméfié, il est fort difficile et même impossible de sentir le battement de cette artère. Il ne faut pas alors s'en laisser imposer par l'état du bras ; il peut être sphacelé, et l'enfant jouir de la vie. Un auteur rapporte un trait dont la lecture fait horreur : un accoucheur avoit arraché les deux bras à un enfant pour terminer l'accouchement ; le croyant mort, il jeta le tronc derrière une porte, et, un demi-quart d'heure après, ce petit corps mutilé se mit à crier. Cette observation doit nous rendre bien circonspects en pareil cas. Il faut encore s'assurer si la matrice est droite ou oblique ; rarement l'enfant présente le bras quand elle est droite.

Prognostic.

Il varie à raison des circonstances qui accompagnent cette position ; elle est une des plus fâcheuses. Il est sûr que l'enfant ne viendra jamais dans cette

position ; car, 1°. plus le bras s'engagera, plus il se tuméfiera ; 2°. la réduction deviendra de plus en plus difficile, et même impossible ; 3°. les pieds sont fort éloignés : si l'enfant présentoit les bras à côté de la tête, ou même les deux bras appliqués sur les tempes, il pourroit venir, pourvu que le bassin fût ample et bien conformé.

Cette situation est bien dangereuse pour l'enfant, la tête est penchée sur le pouce de la main opposée à celle du bras qui se présente ; le cou est fortement fléchi, la circulation gênée, la moëlle cervicale fort comprimée ; l'enfant doit périr s'il n'est pas promptement secouru ; enfin il court risque de perdre au moins un bras.

Pratique.

Si l'accoucheur se trouve avant la rupture des membranes, il les rompra promptement, et agira comme dans la position précédente ; car alors le bras est très-peu gêné : mais si les eaux sont écoulées, il y a plusieurs cas à considérer.

1°. Les eaux sont écoulées, mais depuis peu ; le bras est engagé jusqu'au coude, et même jusqu'à l'aisselle : que faire ? observer d'abord les préceptes généraux, et aller vîte en besogne. Ainsi, on place la femme en travers sur un lit, les reins beaucoup plus élevés que la poitrine : pour lors, l'enfant se porte par son propre poids vers le fond de la ma-

trice ; on soutient les forces de la femme, et on lui défend de faire valoir ses douleurs ; on se met à son aise, et on ne travaille que dans l'intervalle des douleurs.

Ces choses observées, l'accoucheur fait en sorte de réduire le bras. Pour cet effet, il porte, le long du bras, sa main droite, si la tête est à droite, et la gauche, si elle est à gauche ; il arrive à l'épaule, l'embrasse avec ses doigts, la repousse doucement, ainsi que la poitrine : s'il survient une douleur, il soutient l'enfant pour qu'il ne descende pas. La poitrine ainsi élevée, l'accoucheur appuie la paume de la main sur le plis du bras, et le repousse en arrière en faisant élever le coude : par ce moyen le bras rentre tout-à-fait dans la matrice. Cela fait, il descend sa main sur le ventre, les cuisses, les jambes, saisit les pieds et les amène à lui en tirant vers l'orifice, puis il termine à l'ordinaire.

Pour peu que l'accoucheur trouve de difficulté à réduire le bras, il ne doit pas le faire, il casseroit infailliblement l'humérus : cette réduction est fort difficile. Dans ce cas, après s'être assuré où sont les pieds, il se fraie sur-le-champ un chemin à côté du bras, va directement chercher les pieds et les amène à l'orifice : à mesure qu'il les tire, il est fort étonné de voir rentrer le bras comme de lui-même. Je conseille de mettre toujours en usage cette dernière manœuvre, sans tenter la réduction du bras.

2°. Les eaux sont écoulées depuis long-temps, les parties sont sèches ; mais le bras est dans son état naturel : alors, loin de tenter la réduction, on ne doit pas seulement y songer, ou la femme est encore forte. Ou épuisée, ou anéantie. Si la femme est encore forte, l'accoucheur doit agir avec promptitude, force et dextérité. Après avoir placé la femme favorablement et l'avoir bien assujettie, il saisit l'intervalle de deux douleurs pour pénétrer dans la matrice ; il porte la main bien graissée sur le bras, la poitrine, le ventre, les cuisses, gagne les pieds, les saisit et les amène à l'orifice, en repoussant la poitrine avec la paume de la main et le poignet : il emploie pour cela toutes ses forces ; car il faut absolument amener les pieds. Il est des accoucheurs, par exemple, Dewenter, qui conseillent de pincer fortement la main de l'enfant, afin que la douleur lui fasse retirer le bras ; d'autres veulent qu'on lui mette un petit glaçon dans la main pour produire le même effet. On sent, de reste, le ridicule de ce conseil : quand l'enfant voudroit retirer son bras, il ne le pourroit pas.

La femme est foible, anéantie ; elle perd toutes ses forces ; les parties sont fortement adaptées autour du bras, qui cependant est encore dans l'état naturel : l'accoucheur doit ici s'armer de patience. Il commence par donner des forces à la mère, en lui faisant manger une petite soupe ou un œuf frais,

boire un verre de vin ; il tire son prognostic en présence de tous les assistans, et ondoie l'enfant. Il place la femme en travers sur le bord du lit, les fesses fort élevées, les cuisses écartées, et la fait assujettir par les genoux et par les épaules par quatre personnes fortes ; car le travail sera douloureux : la femme s'échapperoit de dessous les mains de l'accoucheur, ce qui la fatigueroit beaucoup.

Ces choses réglées, *Mauriceau* veut qu'on réduise le bras pour le mettre derrière la tête, et qu'on adapte cette dernière partie à l'orifice : ce précepte feroit presque croire que *Mauriceau* n'auroit jamais exercé l'art des accouchemens : la chose est impossible. D'ailleurs, en supposant qu'on vienne à bout d'opérer la réduction, le bras ne resteroit pas dans cette attitude, mais retomberoit toujours. A l'égard de la tête, elle ne sortiroit jamais, parce que la femme est trop épuisée. Dans ce cas, il n'y a d'autre parti à prendre que d'aller chercher les pieds, comme nous l'avons dit il n'y a qu'un moment ; il faut entrer de toute nécessité dans la matrice à force d'huile et de beurre : en tirant les pieds, le bras rentre. S'il arrive que malgré tous les efforts de l'accoucheur, rien n'avance, on conseille l'usage du lacet, qu'on attache au-dessus des malléoles ; on le tire de la main gauche, tandis que, de la droite, on repousse la tête et la poitrine, qui s'opposent à l'arrivée des pieds ; mais on peut sans

lacet assujettir les deux pieds avec la main gauche, et se servir de la main droite pour repousser la poitrine : les pieds amenés on termine selon les règles.

3°. Cet état dure depuis vingt-quatre, trente et même quarante heures ; le bras est trois fois plus gros qu'il ne doit être; il y a gangrène, l'épiderme s'enlève, les parties génitales de la mère sont énormément tuméfiées, l'intromission de la main est impossible : comment se comporter dans ce terrible cas? Ou la femme est à l'agonie, ou elle conserve encore des forces. Quand la femme est à l'agonie, que le ventre se tuméfie et devient douloureux aussi bien que le sein, que les yeux s'éteignent, que le visage est défiguré, les praticiens conseillent d'abandonner la femme à son sort affreux. Je blâme cette maxime. Quand sur cent on n'en sauveroit qu'une, il ne faut pas l'abandonner : d'ailleurs, *melius est anceps quàm nullum experiri remedium ;* il faut donc tenter tous les secours de l'art, mais après avoir bien averti les assistans du danger imminent où se trouve la femme, et lui avoir fait recevoir les sacremens : on ondoie l'enfant et on se met à l'ouvrage. Il est merveilleux de voir avec quelle promptitude des femmes, qui, la veille ou l'avant-veille, étoient à l'extrémité par suite d'un accouchement laborieux, se rétablissent et reviennent à la vie comme par miracle : ce qui doit encore nous engager à les secourir en pareil cas.

Si la femme conserve encore des forces, les choses n'iront que mieux. La méthode d'opérer est la même : or quelle est cette méthode ? *Ambroise Paré* pensoit que dans ce cas il falloit couper le bras. *Mauriceau* blâme cette amputation, à cause des dangers auxquels elle expose et la mère et l'enfant. Il préfère d'envelopper le bras avec un linge, le plus près de l'aisselle qu'il est possible, et de faire plusieurs fortes torsions à droite et à gauche, pour casser les ligamens de l'article, et arracher le bras. *Radeser* met cette méthode en usage, soit que l'enfant soit mort ou vivant. Il y a plus, il conseille ensuite de couper le corps en deux, et d'ouvrir la poitrine ainsi que le bas-ventre, pour les vuider. Je ne pense pas que cet auteur ait jamais puisé ces conseils dans mes leçons : et si son traité est un extrait de mes leçons sur cet art, depuis 15 ans que je le professe, il en diffère néanmoins en ce point ; on ne peut même voir à quoi aboutit cette horreur, ni comment on peut la pratiquer. Voici comment je me comporte en pareil cas. Je conseille de tenter tous les moyens d'entrer dans la matrice, à quelque prix que ce soit, ayant soin de bien oindre les parties avec du beurre frais ou de l'axonge de porc ; je fais donner un lavement émollient : tout cela dans la vue de relâcher. Si on parvient à se frayer une route, on cherche promptement les pieds de l'enfant, et on les tire

avec toutes les forces dont on est capable. Si un seul homme ne peut terminer l'accouchement, il faut qu'il céde la place à un deuxième, et celui-ci doit également la céder à un troisième, s'il ne peut pas en venir à bout. Si, malgré tous ces efforts, on ne peut absolument pénétrer dans la matrice, je conseille, dans ce cas, l'usage d'un instrument que j'ai imaginé pour dilater l'orifice : c'est une espèce de *speculum uteri*; il est composé de trois branches d'acier montées sur un même pivot, dont deux courbées, afin de pouvoir introduire la main dans le vagin et dans la matrice.

4°. Le bras est ployé en travers, de façon que le coude arc-boute sur le pubis, et le poignet sur le *sacrum*, ou bien, en sens contraire, la même chose peut arriver par le bras proprement dit : que faire ? on glisse la main droite ou la main gauche du côté le plus aisé. Nous observerons, avant de passer outre, que la tête de l'enfant est, pour l'ordinaire, appuyée sur le bras ainsi posé en travers : ce qui rend cette position terrible.

5°. Les bras ou un des bras sortent avec une autre partie : si c'est avec la tête, il faut refouler doucement les bras, et les laisser venir dans cette situation. Si la tête s'adapte bien, est bien située, et qu'on trouve trop de résistance à refouler les bras, le plus court alors est d'aller chercher les pieds.

N° IV.

Positions dans lesquelles l'enfant présente la gorge, la nuque, ou le côté du cou.

Ces positions sont très-dangereuses. Deux sont rares ; savoir, celles de la gorge et du côté du cou ; celle de la nuque est plus commune, elle diffère peu pour la pratique.

Position de la gorge.

La position où l'enfant présente la gorge est très-rare : cette situation dure depuis peu ou depuis long-temps ; elle peut être simple ou compliquée.

Diagnostic.

On ne peut pas connoître cette position avant la rupture des membranes, car la gorge s'engage peu dans le petit bassin : cette partie est toujours fort élevée. La poche des eaux est moins ronde que quand c'est la tête qui se présente : elle est cependant plus ronde que dans la position de plusieurs autres parties ; les douleurs sont lentes ; il y a un petit suintement d'eau ; mais ces signes sont communs à toutes les mauvaises positions en général. Quand les membranes sont ouvertes, on a encore peine à distinguer les parties, à cause du gonflement qui leur survient : ce qui empêche qu'on ne trouve le nœud

de la gorge ; mais, en promenant le doigt, on rencontre le menton, le sternum, les clavicules, les côtes ; ce qui sert à fixer les idées.

Cette position a lieu, parce que les membranes se crèvent brusquement, et que les eaux s'écoulent comme par un jet : or, la tête, dans ce temps, c'est celui d'une douleur, ne pouvant enfiler juste le détroit du petit bassin, il arrive que le menton s'arrête sur la crête du pubis ; cet accident n'arrive guère que quand la matrice est oblique.

Prognostic.

Cette situation est des plus terribles ; elle est fort dangereuse pour l'enfant, qui ne peut vivre longtemps, si la matrice se contracte avec force ; car la moëlle cervicale est bien comprimée, la jugulaire fortement tiraillée, et le retour du sang de la tête fortement gêné : quand il vient vivant, il a la tête toute bouffie, le visage violet, et ressemble à un monstre : cette bouffisure doit peu inquiéter. Quant à la curabilité, l'enfant ne viendra jamais dans cette situation. L'accouchement est des plus difficiles à terminer : 1°. parce qu'il est presqu'impossible d'introduire la main dans la matrice, attendu l'obstacle que la tête forme d'un côté et la poitrine de l'autre ; 2°. parce que les pieds sont fort éloignés ; 3°. parce qu'il faut lui faire faire un tour fort considérable : 4°. il arrive quelquefois que

les pieds et les bras sont croisées et comme entrelassés.

Pratique.

Il y a deux cas à considérer : ou les membranes viennent de se crever, ou les eaux se sont écoulées depuis long-temps. 1°. Si les membranes viennent de se rompre, et que l'accoucheur, soupçonnant une mauvaise position, les ait rompues, la réduction pourra se faire. Pour cet effet, l'accoucheur, après avoir observé les règles générales, porte la main droite ou gauche entre le sacrum de la mère et la poitrine de l'enfant, gagne le ventre, et, appuyant le pouce sous le menton, il repousse fortement en haut, tandis qu'avec les doigts étendus il amène le ventre ou la poitrine à l'orifice, puis il termine comme dans l'un ou l'autre de ces cas.

2°. Les eaux sont écoulées depuis long-temps; les parties sont sèches, et l'intromission de la main presqu'impossible : on fait encore, dans ce cas, tous ses efforts pour pénétrer dans la matrice; et, y étant entré, on manœuvre comme dans le cas précédent : si on ne le peut absolument pas, on suit les préceptes des anciens ; ils consistent à adapter la tête à l'orifice. Pour cet effet, on repoussera la poitrine en bas, et dans un sens opposé au cas précédent, jusqu'à ce que la tête se présente à l'orifice. Il ne faut jamais se flatter d'adapter le

vertex : c'est ordinairement la face qui se présente. Il faut, pour repousser la poitrine, appliquer la main sur cette partie, ou le pouce sur l'épaule. Quand la poitrine est repoussée, on soutient tout le corps jusqu'à ce qu'une bonne douleur engage la tête. Quand elle est descendue dans le bassin, on se sert du forceps, si l'enfant est vivant, comme nous le dirons dans la suite ; si l'enfant est mort, on lui ouvre la tête, ainsi que nous le verrons ailleurs.

Position du côté du cou.

Quand l'enfant présente le côté du cou, cette position devient aussi dangereuse que la précédente : la manière de manœuvrer est la même.

Position de la nuque.

La position dans laquelle l'enfant présente le derrière du cou est plus commune que les précédentes ; mais elle est encore plus dangereuse. Cet état peut durer depuis peu, ou depuis long-temps.

Diagnostic.

Les signes qui précèdent la rupture des membranes sont ceux qui ont lieu dans la position de la gorge : comme eux ils sont très-équivoques. Après la rupture des membranes, la chose est plus claire à cause des parties environnantes qui font reconnoître celles qui se présentent. En introdui-

sant le doigt dans l'orifice, on trouve l'occiput, les deux oreilles, l'omoplate, la rangée des vertèbres cervicales : les pieds, dans cette position, sont fort éloignés ; ils reviennent quelquefois sur la tête. Si un pied paroît, il faut bien se donner de garde de le tirer, on engageroit davantage la partie principale qui se présente.

Prognostic.

Cette position est des plus dangereuses : l'enfant peut périr en moins de deux heures. Si la femme est forte, et que la matrice se contracte vigoureusement, car la moëlle cervicale est fort comprimée, les jugulaires fort pressées, l'enfant ne peut jamais venir dans cette situation, et la mère souffre beaucoup; les parties génitales sont tuméfiées, blessées, et après les couches suivent les plus graves accidens, telles que l'inflammation de la matrice, la suppression des lochies, la perte de sang : l'accouchement sera extrêmement long, laborieux et difficile.

Pratique.

Il y a deux cas : 1°. celui où les eaux viennent de s'écouler : alors il faut chercher promptement les pieds, et les amener à l'orifice; il ne faut pas faire comme les anciens qui adaptoient la tête à l'orifice : quand elle tomberoit doucement, elle doit

être repoussée pour amener les pieds. L'accouchement, par ce moyen, se terminera en trois ou quatre minutes, et les suites en seront moins fâcheuses. Pour cet effet, après avoir observé les préceptes généraux, l'accoucheur porte sa main huilée sur l'occiput, le pouce sous l'aisselle; il repousse cette partie, tandis qu'avec effort il tire le dos à l'orifice, ou du moins les épaules. Alors il redescend sa main, l'applique sur le dos, les doigts écartés et appuyés sur les aisselles; il repousse encore de la même manière; et, le dos adapté à l'orifice, il termine comme dans la position de cette partie.

2°. Les eaux sont écoulées depuis vingt-quatre heures; les parties sont tuméfiées, sèches, fortement adaptées autour du cou; l'intromission de la main est presque impossible : alors il faut d'abord s'assurer si l'enfant est mort ou vivant, parce qu'on agira différemment, selon le cas.

L'enfant est mort, quand les eaux qui sortent sont noirâtres; car cette couleur est due à la sortie du méconium, qui s'est écoulé avec les eaux: on voit alors qu'il ne se fait aucune compression sur le bas-ventre, en vertu de laquelle le méconium soit obligé de sortir : d'ailleurs il est fétide et dissous. On connoît encore que l'enfant est mort, quand la tête est froide, que le cerveau ne bat pas à l'endroit de la fontanelle, que l'épiderme de la partie qui se présente s'enlève, que le

visage de la femme est cadavéreux, son haleine puante. Les signes contraires annoncent que l'enfant est vivant.

Dans le cas où l'enfant vit encore, il faut faire promptement tous ses efforts pour amener les pieds. On glisse la main à côté du cou jusqu'au menton; on descend sur la poitrine, le ventre, et on saisit les cuisses; car les pieds sont trop éloignés : on amène les cuisses à l'orifice, en faisant tourner l'enfant par les genoux, ensuite on dégage les pieds, et on les place à l'orifice.

Si on ne peut absolument opérer ces différens mouvemens, il faut alors suivre la méthode des anciens, adapter la tête à l'orifice. Pour cet effet, on porte la main gauche sur le dos; on le repousse fortement jusqu'à ce que l'occiput se présente dans cette attitude. On soutient tout le corps jusqu'à ce qu'une bonne douleur revenant, on tire promptement la main, afin que la tête puisse s'engager; et, quand elle aura passé le couronnement, on se servira du forceps, au cas que le travail dure trop.

Dans le cas où l'enfant est mort, on adapte de même la tête; on la perce comme nous le dirons en parlant de l'enclavement, et on achève l'accouchement. Quand l'enfant est vivant et qu'on a adapté la tête, il faut, à mesure qu'elle descend, la détourner un peu, pour faire répondre son grand dia-

mètre à celui du petit bassin. Cette petite manœuvre peut seule exempter de se servir du forceps, toujours disgracieux à mettre en usage.

N°. V.

Mauvaises positions de la tête.

La tête est mal située toutes les fois qu'elle est disposée à ne pouvoir venir sans le secours de l'art : or cette position est bien moins étendue qu'on ne le pense, quoiqu'on l'ait beaucoup multipliée à tort. La plupart de ses positions, celle du front, de l'occiput, par exemple, ne rendent pas l'accouchement contre nature; seulement il est un peu plus long et plus difficile. Celle dans laquelle l'enfant présente le vertex, la face regardant l'un des os des îles, tandis que l'occiput regarde l'autre, loin d'être une mauvaise situation, est très-bonne, puisque le grand diamètre de la tête répond à celui du bassin. Il est vrai qu'alors les épaules forment obstacle, la plupart du temps, et qu'elles s'enclavent aisément, à moins qu'elles ne se retournent; mais une petite manœuvre aussi sûre que simple prévient tout accident, et on y remédie quand il est arrivé. Enfin, on a encore regardé comme une très-mauvaise position celle dans laquelle l'enfant présente sa tête de façon que la face regarde le pubis de la mère; elle n'a cependant rien de bien

bien fâcheux. L'enfant peut venir dans cette situation, un peu plus difficilement, à la vérité; mais cette difficulté ne doit pas constituer un accouchement contre nature. Il n'en seroit pas de même, si malheureusement la femme étoit barrée; la tête s'enclaveroit infailliblement: c'est pourquoi, afin d'éviter les chicanes, nous rangerons cette position au nombre des mauvaises; car nous n'en reconnoissons que trois: 1°. quand la face se montre à l'orifice; 2°. quand l'oreille s'y adapte; 3°. quand la face regarde le pubis: la tête peut s'enclaver dans cette situation; mais ceci regarde le trop de volume de cette partie.

Position de la face.

Cette position est très-commune; elle peut durer plus ou moins de temps, et être simple ou compliquée.

Causes.

La plus ordinaire est l'obliquité de la matrice, la face se présentant rarement quand la matrice est droite: la chose arrive cependant quelquefois sans cela. Cette position vient alors de la rigueur du travail et de la trop prompte sortie des eaux; car si les douleurs sont fort vives et fréquentes, les membranes crevent brusquement, et les eaux s'évacuent subitement. Or il arrive assez souvent qu'en

vertu de cette prompte évacuation des eaux, la tête, en retombant, n'enfile pas précisément le détroit, mais va frotter sur le pubis ou sur toute autre partie du bord du petit bassin, et s'y arrête: pendant ce temps la matrice continue de pousser, et la face s'adapte à l'orifice.

Diagnostic.

Avant la rupture des membranes, les signes sont équivoques : on peut cependant sentir quelquefois, pendant l'intervalle de deux douleurs, les inégalités que forment les os de la pommette, du menton, du nez, et les enfoncemens des yeux, de la bouche; mais la chose est trop obscure pour établir un diagnostic certain. Il n'y a rien de difficile après la rupture des membranes, à moins que les eaux ne fussent écoulées depuis long-temps. Il arrive alors une tuméfaction extraordinaire qui empêche de reconnoître les parties; mais avec du temps et de la patience on en vient à bout.

Il faut s'assurer si l'enfant est mort ou vivant: ce que l'on reconnoît en lui insinuant le doigt dans la bouche; et selon qu'il remue la langue ou qu'il l'a tient immobile, on décide ou de sa vie ou de sa mort.

On doit connoître s'il sort quelqu'autre partie avec la tête. Si cette dernière est enclavée, on le saura par les signes de l'enclavement, dont nous

parlerons ; enfin, il est des accoucheurs qui veulent qu'on s'assure de la partie qui se présente précisément ; mais la chose est de peu de conséquence.

Radeser, d'après moi, distingue cette position ainsi qu'il suit : 1°. celle où le menton est sur le pubis, ou le front sur le sacrum ; 2°. celle où les parties sont ployées différemment ; 3°. celle où la tête étant tournée de côté, le menton arc-boute sur l'un des os des îles et le front sur l'autre ; enfin, l'enfant peut ne présenter que la moitié de la face.

Prognostic.

Cette situation est fâcheuse, l'enfant court même risque de perdre la vie s'il reste long-temps dans cette attitude ; car le cou est fortement fléchi en arrière, la moëlle cervicale comprimée très-fortement, et la circulation gênée.

Pratique.

Quand les eaux sont écoulées depuis long-temps, l'accouchement est laborieux et difficile, 1°. parce que la tête se réduit difficilement, 2°. à cause de l'éloignement des pieds, 3°. parce qu'il est mal-aisé de faire pénétrer la main : 4°. les parties sont si sèches, si tuméfiées, si gonflées, et tellement adaptées autour de la face, que certains accoucheurs prétendent que l'enfant ne peut absolument venir dans cette situation, parce que, disent-ils, l'occiput

ne sauroit se dégager, et qu'il faudroit que les épaules sortissent avec lui : ce qui est impossible. Ils ont raison dans ce dernier point ; mais la chose n'arrive pas ainsi. *Lamotte*, parlant d'après l'expérience, assure que l'enfant peut venir dans cette attitude ; et il a raison : il faut, à la vérité, que la femme soit forte et vigoureuse, que le bassin soit grand, bien conformé, que les douleurs soient bonnes et fréquentes ; car plus le travail est long, plus la tête se tuméfie, et plus aussi elle reste au passage.

Si la tête est enclavée, on ne peut terminer l'accouchement : il faut, de toute nécessité, avoir recours aux instrumens que l'on emploie lorsqu'il y a enclavement. L'accouchement est plus fâcheux, lorsque le front est appuyé sur le pubis, que lorsqu'il l'est sur le sacrum. En effet, dans ce dernier cas, il se dégage aisément. Quand l'enfant vient au monde après avoir été quelque temps dans cette attitude, il a le visage tellement tuméfié qu'on n'y reconnoît plus rien ; il ressemble à un monstre : cette tuméfaction se dissipe en peu de temps.

Nous avons deux cas à considérer, celui qui précède ou qui suit immédiatement la rupture des membranes, et celui dans lequel les eaux sont écoulées depuis long-temps ; ce dernier se divise lui-même en plusieurs autres. L'accoucheur commence par observer les préceptes généraux. 1°. Si on soupçonne la face, ce qui peut arriver dans une matrice droite,

on ouvre promptement les membranes. Nous observerons, avant de passer outre, que cette position est très-diffice à connoître dans une matrice oblique. Dans le cas d'obliquité, si l'enfant s'arrête, les douleurs s'arrêtent aussi, quoique la tête et les eaux pressent ; mais, à la vérité, cette pression s'exerce sur les parties dures du bassin, ou ne va pas à dilater l'orifice de la matrice, d'où dépend la douleur : or, si cette dilatation ne se fait pas, les douleurs ne peuvent avoir lieu. Cette remarque est fort essentielle et demande toute notre attention en certains cas. Revenons à notre objet. Je dis donc que si l'accoucheur soupçonne la position dont nous parlons, il ouvrira sur-le-champ les membranes, et portera aussitôt la main dans la matrice en se faisant route à côté de la tête ; il glissera sur la poitrine, ira chercher les pieds et les amenera à l'orifice, en repoussant la tête avec la paume de la main, du côté opposé. Cette manœuvre est fort aisée quand les eaux viennent de s'écouler ; elle vaut beaucoup mieux que celle des anciens, adoptée encore par certains auteurs : elle consiste à repousser la face pour adapter le vertex.

2°. Les eaux sont écoulées depuis long-temps, depuis quinze heures, par exemple ; les parties sont sèches, gonflées, la face de l'enfant tuméfiée. Il faut d'abord examiner si la tête est mobile, et si la face n'est pas encore trop étendue dans le vagin : on

connoît que la tête est encore mobile quand, en promenant les doigts entre les parties correspondantes du bassin, on trouve encore de l'espace ; quand, dans le temps d'une douleur, ayant la main appliquée sur la face, on la sent descendre et remonter un peu à la fin de la douleur. Si donc la tête est encore mobile et qu'elle soit peu descendue dans le vagin, on doit observer les préceptes généraux, puis on repousse la tête en appliquant la main sur le front, ou bien en glissant quelques doigts sur le menton. Si on peut, on va chercher les pieds comme dans le cas précédent, et en moins d'un demi-quart-d'heure on termine l'accouchement: il faut sur-tout avoir attention de ne point toucher la face ; elle est déja assez tuméfiée. *Viardel* veut qu'alors on applique sur la face de l'enfant une compresse trempée dans du vin chaud, et qu'on travaille par-dessus. Cette méthode n'est pas connue ; il vaut beaucoup mieux se faire jour à côté de la joue, après avoir un peu repoussé la tête, glisser sa main sur la poitrine, le ventre, et continuer comme nous l'avons dit.

3°. La tête est encore mobile; mais la face est tellement descendue dans le vagin qu'on ne peut plus la repousser, ni par conséquent entrer dans la matrice : que faire alors? il faut laisser venir l'enfant dans cette attitude; et pour soutenir les forces de la mère, on lui donne un bouillon, un cordial :

on la place convenablement ; on lui recommande de faire valoir ses douleurs ; de son côté, on aide à la sortie de l'enfant ; on graisse bien le vagin ; on dégage la fourchette avec les deux index ; on saisit, si l'on peut, l'enfant par-dessus les deux angles de la mâchoire ; on tire doucement en dégageant, et communément deux bonnes douleurs suffisent pour l'amener. Si la tête n'avance pas faute d'être poussée, il faut avoir recours au forceps, comme si elle étoit enclavée. On conseille de faire mettre la femme à genoux, les cuisses écartées, le tronc incliné, la tête appuyée sur les mains, qui elle-mêmes posent sur un oreiller : cette situation peut être utile, mais quand la tête n'est pas engagée.

4°. Les eaux sont écoulées depuis vingt, vingt-cinq heures ; les parties sont sèches, tuméfiées, la tête est immobile : dans ce cas, il faut encore agir comme si elle étoit enclavée : or elle l'est en effet. Nous examinerons ce cas fort au long.

5°. Le même état a lieu ; mais l'enfant est mort : on tâchera d'adapter le vertex à l'orifice ; on peut ouvrir le crâne, et on terminera l'accouchement à l'ordinaire.

Position de l'oreille.

La situation dont nous parlons est rare ; elle peut être simple ou compliquée, durer depuis plus ou moins de temps : ce peut être l'oreille droite ou la gauche.

Diagnostic.

Avant la rupture des eaux on ne peut absolument reconnoître cette position ; après, on la connoîtra sans peine. On touche, et on rencontre la partie chevelue de la tête; de l'autre part, la joue, une partie de la mâchoire, du cou, et l'oreille. Il faut savoir si l'enfant est encore vivant ou mort, ce qui est fort difficile.

Prognostic.

Cette situation est fâcheuse pour l'enfant ; il peut périr si elle dure long-temps, à cause de la forte tension du cou et de la moëlle cervicale, sur-tout quand la femme est forte, et que la matrice se contracte vigoureusement. Il est fort rare que l'enfant vienne dans cette position. Cet accouchement est fort difficile à terminer, quand les eaux se sont écoulées depuis long-temps, car les pieds sont très-éloignés.

Pratique.

Observons d'abord les règles générales avant d'en venir aux particulières. 1°. Les eaux viennent de s'écouler. On cherche avec les doigts l'endroit par lequel on peut le plus aisément entrer dans la matrice. Pour cet effet, on porte la main sur la poitrine, le ventre et les cuisses ; on saisit les pieds, on les amène à l'orifice en repoussant la tête de l'autre

main : si la tête s'oppose au mouvement qu'on fait faire à l'enfant, on termine l'accouchement à l'ordinaire.

2°. Les eaux sont écoulées depuis long-temps ; l'oreille est trop engagée pour qu'on puisse aller chercher les pieds : alors on fait en sorte de distinguer le bas de l'oreille du haut ; on tâche de la refouler dans la matrice du côté de la poitrine, pour adapter le vertex à l'orifice, et on la détourne en même temps du côté le plus aisé, pour faire répondre le grand diamètre de la tête à celui du petit bassin : cela fait, on ordonne à la femme de faire valoir ses douleurs, et on la seconde comme dans le troisième cas de la position précédente.

3°. Les moyens que nous venons de proposer, ne pouvant réussir, ou du moins la tête ayant été placée comme il faut, n'est point poussée. Dans l'un ou l'autre cas, on fait usage du forceps : si l'enfant est mort, ou ouvre la tête.

Position du vertex, la face regardant le pubis.

Cette position n'est pas commune : nous ne la regardons pas comme une cause qui puisse rendre l'accouchement contre nature, à moins qu'il n'y ait vice de conformation dans la symphyse du pubis.

Diagnostic.

Avant la rupture des membranes, il n'y a aucun signe qui puisse nous faire connoître cette position; après la rupture, il est encore fort difficile de le savoir; la forme du crâne est à peu près la même par derrière que par-devant : d'ailleurs, pour peu que cette position dure, il se fait une sorte de champignon qui fait disparoître la fontanelle.

Prognostic.

Cet accouchement n'est pas contre nature; il est seulement long, difficile, laborieux. La difficulté vient de ce que la tête de l'enfant, beaucoup plus large que l'occiput, ne peut assez promptement se dégager de dessous l'arcade du pubis; elle emploie beaucoup plus de temps à parcourir la symphyse que cet os, et ne peut se jeter en devant que quand le menton a franchi l'obstacle susdit : c'est à peu près le même cas que quand la femme est barrée; l'enfant peut cependant venir au monde dans cette attitude, et ne risque pas de périr; il en est quitte pour avoir le visage un peu meurtri, pour avoir le nez un peu écrasé, accident qui se dissipe bientôt. Il est vrai que l'enclavement est beaucoup plus à craindre, si la tête est fort grosse.

Pratique.

Si par hasard on avoit connu la position avant l'écoulement des eaux, il faudroit placer favorablement la femme, hâter les douleurs, percer les membranes, et placer la tête de côté, de façon que son grand diamètre réponde à celui du petit bassin : cela se peut faire aisément, si les membranes sont rompues depuis peu; si elles le sont depuis long-temps, il faut agir de la même façon. On soutient les forces de la malade; on lui recommande de faire valoir ses douleurs; on oint les parties, on les dilate doucement, la fourchette sur-tout, et l'accouchement se fait, non sans douleurs très-fortes, mais l'enfant vient au monde. Si la tête s'enclave, on agit comme dans l'enclavement.

Position de l'occiput.

Elle n'a rien de fâcheux. Quand on s'en est apperçu par le toucher, qu'on a senti la rondeur de la partie chevelue qui se présente, le derrière des deux oreilles, la fontanelle postérieure, on travaille à terminer l'accouchement. Il suffit pour cela d'appliquer le bout des doigts à plat sur le front ou sur la partie qui en approche le plus : on baisse, si la face est en dessus, et on hausse, si elle est en dessous; par là on adapte le vertex, et on termine à l'ordinaire.

Position de la tête, la face regardant un des os des îles, et l'occiput l'autre.

Dans cette position, une des épaules de l'enfant est en devant contre le pubis, tandis que l'autre est en arrière sur le sacrum. Cette position n'est pas trop commune; elle n'a rien de bien dangereux.

Diagnostic.

Quand la tête est descendue dans le vagin, elle y descend toujours, car elle est très-bien placée, et que tout-à-coup elle cesse d'avancer, il est vraisemblable que les épaules se sont arrêtées, l'une sur le pubis, et l'autre sur le sacrum.

Prognostic.

L'enfant ne court aucun risque pour sa vie: la position, loin d'être fâcheuse, est favorable, puisque le grand diamètre de la tête répond à celui du petit bassin; mais il faut aider à la nature, afin que le grand diamètre de la poitrine cesse de répondre au petit diamètre du petit bassin.

Pratique.

La tête descend toujours bien quand elle a passé le couronnement; il ne faut pas s'en inquiéter: il faut porter le doigt dans la matrice pour savoir si l'épaule antérieure ne seroit pas accrochée sur le

pubis ; ensuite on porte la main entière pour savoir si les épaules sont placées un peu de côté. Si elles sont inclinées, on porte la main, dans l'intervalle d'une douleur, le long de la tête ; arrivé vers le pli de l'aisselle, on tourne l'épaule du côté vers lequel incline, et l'autre épaule fait un mouvement opposé : par ce moyen, le grand diamètre de la poitrine répond à celui du bassin, et l'accouchement se fait heureusement. Si les épaules sont directes et se répondent, alors cette manœuvre n'aboutit à rien. Dans ce cas, on porte les deux mains huilées, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la tête. Les deux mains une fois introduites, on ne se sert que des deux index pour passer les deux épaules dans une direction opposée ; on les ajoute au grand diamètre du petit bassin, et l'enfant vient avec facilité, à la première ou à la seconde douleur. Si les épaules restent enclavées, on les amène comme on le dira par la suite.

N°. VI.

De l'enclavement de la tête.

Quand la tête est d'un tel volume qu'ayant une fois franchi le détroit pour tomber dans le petit bassin, elle ne peut plus ni achever de descendre ni remonter par le chemin qu'elle vient de

parcourir, mais qu'elle est parfaitement immobile, on dit alors qu'elle est enclavée. Pour comprendre la nature de cet enclavement, il faut bien se rappeler la structure des parties. Nous avons dit, dans le temps, que le petit bassin étoit terminé supérieurement et inférieurement par deux ouvertures plus étroites que la cavité même : cette dernière est évasée et renflée à peu près comme le ventre de certains pots de terre. Or si la tête, après s'être alongée, moulée, c'est-à-dire ajustée à l'étroitesse de l'ouverture supérieure, appelée *détroit supérieur*, pour franchir cette ouverture, tombe dans la cavité du petit bassin et vient à reprendre son état naturel, elle ne pourra plus passer par l'ouverture inférieure, que nous supposons fort étroite : donc elle restera immobile dans le petit bassin, et il y aura enclavement.

Or l'enclavement de la tête est simple ou compliqué : il est simple, si la tête est bien placée, la face regardant le sacrum de la mère ; il est compliqué, si la tête est mal située, ou si elle est attaquée de quelques vices de conformation, par exemple, lorsqu'elle est hydrocéphale : elle est mal située, quand la face ne regarde pas le sacrum, et que l'occiput n'est pas appuyé sur le pubis.

Nous remarquerons à cet égard une mauvaise situation bien importante à observer dans l'encla-

vement de la tête : c'est celle où la tête, quoique bien placée, ou à peu près bien, se fléchit sur la poitrine de l'enfant, de sorte que le front se trouve directement appuyé sur la partie supérieure, tandis que l'occiput arc-boute, de l'autre côté, par sa partie inférieure contre le pubis. Dans cette position, la grande longueur répond au petit diamètre du petit bassin, et il y a du jour sur le côté pour agir et terminer l'accouchement. Observons bien cette position, qu'on pourroit appeler *faux enclavement :* c'est sur elle qu'est fondé tout le mérite de l'instrument de *Roger* de Roonswitt, ainsi que nous le verrons par la suite.

Causes.

La cause éloignée est ou l'étroitesse ou le rétrécissement contre nature des ouvertures tant supérieures qu'inférieures du petit bassin, en vertu de quelque vice de conformation, ou bien enfin la grosseur excessive de la tête de l'enfant.

Symptômes.

Avant la rupture des membranes, tout va bien ; les douleurs sont bonnes, les eaux se forment bien : mais lorsque la tête s'engage dans le petit bassin et qu'elle franchit le détroit, le travail se fait avec une extrême lenteur et une grande difficulté. Les

douleurs sont alors extraordinairement vives, à cause de la grande dilatation qui se fait, et de l'écartement des os du bassin, qui est considérable. Quand une fois la tête est descendue dans le petit bassin, tout cesse : cette partie n'avance plus ; les douleurs ne se font plus sentir, parce que le travail discontinuant, il ne se fait plus de dilatation dans l'orifice de la matrice, de laquelle dilatation dépendent les douleurs. Pendant ce temps, la femme ne peut rendre ses urines ni chasser ses excrémens, ce qui dépend de la forte compression que souffre le canal de l'urètre ou le rectum. De là les douleurs de ventre, la tuméfaction de cette partie, l'inflammation de la vessie, les douleurs des reins, les contusions, et l'inflammation des parties génitales.

Tous ces accidens se manifestent bientôt ; et si cet état dure, la compression se faisant aussi sentir sur les vaisseaux sanguins et sur les nerfs qui descendent sur la surface interne du petit bassin, les extrémités inférieures s'engourdissent, se tuméfient, s'enflamment et se gangrènent. De ce fâcheux accident naissent la fièvre et tous ses effets : ainsi il y a grand mal de tête, grande soif, châleur considérable à la peau, fréquence et dureté du pouls ; enfin cet état dure quarante ou quarante-huit heures. La femme est prise de vomissement, ses yeux s'éteignent, son visage devient pâle, son haleine fétide ;

le

le hoquet survient, le ventre s'affaisse, le pouls se serre et se concentre, de petites convulsions paroissent, et la femme expire le deuxième ou le troisième jour.

Diagnostic.

Il est fondé sur la connoissance des symptômes que nous venons de décrire, et sur les signes sensibles, c'est-à-dire, le toucher. On touche donc la femme; on sent la tête à nud: on lui recommande de faire valoir ses douleurs, de pousser comme si elle vouloit aller à la selle; elle le fait de toutes ses forces: mais on ne sent nullement avancer la tête; elle ne descend pas d'une ligne, après les efforts que la femme vient de faire: on examine si la tête remonte; on voit qu'elle ne fait pas plus de chemin par le haut que par le bas; elle reste parfaitement immobile. Enfin on tâche d'insinuer le doigt entre la tête et le bassin: mais on éprouve une grande difficulté; il y a même impossibilité, quoiqu'on s'y prenne dans l'intervalle des douleurs: à ces signes, on reconnoît aisément l'enclavement de la tête.

Le diagnostic de la cause s'établit d'après l'examen du bassin. On s'informe si la femme a été nouée dans son enfance: on voit bien si actuellement elle est contrefaite; on palpe les os du bassin, et on s'assure de sa mauvaise conformation: car elle

est la cause ordinaire de l'enclavement. Si cependant elle est bien conformée, c'est la grosseur de la tête qui cause l'enclavement. On connoît bien si cet accident est compliqué avec la mauvaise situation de la tête, si cette partie est inclinée d'un ou d'autre côté, ou bien si elle est hydrocéphale.

Il faut actuellement s'assurer si l'enfant est mort. Quand l'enclavement dure depuis trente-six à quarante-huit heures; quand, en touchant la fontanelle, on n'y sent aucun mouvement d'artère; quand le méconium coule et qu'il est fort puant; quand l'épiderme s'enlève avec les cheveux; quand ce qui sort de la matrice sent fort mauvais; lorsqu'après trente ou trente-six heures d'enclavement la tête n'est pas gonflée, car c'est une preuve que la circulation ne se fait pas, l'enfant est mort. Enfin la puanteur de la bouche de la femme, l'affaissement de son ventre, la flasquidité de ses mammelles, sont encore de nouvelles preuves de la mort de l'enfant. Cette mort est importante à connoître, parce qu'alors on se comporte tout autrement.

Prognostic.

De tous les accouchemens contre nature, celui-là est des plus tristes, et des plus fâcheux pour la mère et pour l'enfant. Quant au dernier, il est clair qu'il ne viendra jamais au monde tant que la tête restera enclavée : il périt communément au

bout de trente-six ou quarante-huit heures, parce que la circulation est tellement gênée, que le cerveau et le cervelet ne font plus aucune fonction : il faut donc agir avec célérité, si on veut lui sauver la vie. L'enclavement n'est pas moins à craindre pour la mère. Nous connoissons tous les accidens auxquels elle est exposée, si elle n'est pas secourue à temps ; elle périt de gangrène, le troisième ou le quatrième jour. Quant à la curabilité, il est très-difficile de terminer cet accouchement, sur-tout quand l'enclavement dure depuis long-temps, que les parties génitales sont tuméfiées, enflammées, que la femme a perdu la plus grande partie de ses forces : les mains seules ne peuvent rien faire ici ; l'accouchement ne peut absolument se terminer, *nudis manibus* ; il faut le secours des instrumens dont nous parlerons ci-après.

Pratique.

Nous avons d'abord deux cas principaux à examiner : ou l'enfant est déja mort, ou il est encore vivant. S'il est vivant, il y a plusieurs cas à considérer : car la tête enclavée peut être bien située, ou avoir une mauvaise situation ; enfin cette mauvaise situation peut varier elle-même : dans tous ces cas, il faut se comporter de différentes manières ; commençons par ce qu'il y a de plus simple, et supposons l'enfant mort.

Premier cas.

L'enfant est mort ; on s'en est assuré par les signes que nous avons indiqués plus haut : que faire ? Les anciens se servoient de crochets, dont ils appliquoient la pointe sur l'œil dans l'orbite, puis tiroient de toutes leurs forces ; mais plus souvent il arrivoit qu'ils désarticuloient le frontal, le séparoient des autres os de la tête, qui ne se vuidoit qu'imparfaitement, et ne pouvoit descendre. Il vaut mieux, pour éviter cet inconvénient, se servir de longs ciseaux, dont les lames, ainsi que les tranches, soient étendues. On les porte fermées, à la faveur de l'index de la main droite, jusqu'à la fontanelle ; on perce le péricrâne qui se trouve à cet endroit ; on écarte ensuite les branches pour dilater l'ouverture ; on fait différens mouvemens de droite et de gauche, et la tête se vuide communément avec assez de facilité. *Menard* propose, pour faire cette opération, deux instrumens. Le premier est une espèce de lancette faite en façon de lance, qu'il nomme *perce-crâne*, et dont l'usage est en effet de percer la fontanelle ; le deuxième est une espèce de tente, dont une branche s'introduit dans le crâne, tandis que l'autre, plus courte, s'applique sur le crâne même : de cette façon, un des os du crâne est saisi et on tire fortement ; mais cet accoucheur n'a sans doute pas fait attention que les os du

crâne sont encore mols et flexibles, qu'ils résistent trop peu pour supporter un pareil effort: ils se casseront, et l'instrument n'ayant pas d'appui, blessera, déchirera et meurtrira les parties génitales de la mère. En Allemagne, on a imaginé un instrument plus sûr: c'est une lame enfoncée dans une gaine, à peu près comme le pharyngotome; on le conduit sur le doigt jusque dans la fontanelle, qu'on perce: l'ouverture faite, on conseille de passer le même doigt en crochet dans le crâne et de tirer ensuite. Cet instrument est préférable au précédent; mais l'usage des ciseaux que nous avons proposés vaut mieux.

Ce n'est pas seulement dans le cas de mort de l'enfant qu'on ouvre le crâne: il est des malheureux cas, des circonstances affreuses où le forceps ne pouvant avoir lieu, on est obligé de sacrifier l'enfant pour sauver la mère. Les Anciens prétendoient même qu'il en falloit venir à cette extrémité, toutes les fois que la tête étoit enclavée; mais cette pratique est abominable: on ne doit la mettre en usage que quand on a des signes certains de la mort, ou que du moins, ayant employé sans le moindre succès tous les moyens que l'art peut suggérer, la mère et l'enfant sont dans un danger évident de perdre la vie. Pour lors il faut prendre le parti de sacrifier l'un pour l'autre; et c'est l'enfant qui doit être cette victime: car il

est évident que si on laisse périr la mère, l'enfant subira le même sort ; en faisant au contraire périr l'enfant on pourra sauver la mère : il faut donc se déterminer à commettre un meurtre volontaire, à sacrifier une innocente victime ; pratique cruelle, à la vérité, mais indispensable : heureusement que les circonstances où les ressources de l'art soient épuisées sont très-rares ; le plus souvent on a le bonheur de sauver la vie à la mère et à l'enfant. C'est alors que l'art fait briller ses moyens, qu'il met au grand jour ses utilités, et qu'il mérite d'être mis dans une singulière recommandation ; en un mot, ces momens difficiles sont le triomphe de la pratique des accoucheurs. Voyons donc quels sont les moyens qui méritent à cet égard de pareils éloges.

Deuxième cas.

L'enclavement existe ; mais il dure depuis peu, et l'enfant est encore vivant : que faire ? il faut savoir si la tête est bien ou mal située, ou s'il y a ce que nous avons appelé *faux enclavement.* La manœuvre est peu différente dans ces trois cas : nous allons les examiner l'un après l'autre ; mais auparavant nous dirons un mot des instrumens nécessaires.

Ces instrumens se nomment en français *forceps* ou *tire-têtes.* Nous ne les décrirons pas ; il faut

droit les avoir sous les yeux : nous les supposons connus.

Il y a trois espèces de forceps : celui de Palfin, celui du docteur Smellie, et celui de M. Levret. Le premier a été imaginé, à Londres, par le docteur Douglas, il y a environ soixante-huit ans. Il fut très-long-temps inconnu en France : ce n'est que depuis trente-six ou quarante ans que Palfin, chirurgien de Gand, l'apporta à Paris, et s'en dit l'inventeur. Dans le même temps, un nommé Gilles Ledoux, chirurgien à Ypres, inventa quelque chose d'à peu près semblable, et répéta sa prétendue découverte à Palfin : de sorte que l'invention de cet instrument fut fort disputée. Il porte différens noms : en France, on l'appelle *forceps de Palfin* ; en Angleterre, *forceps de Douglas*, et en Flandre, *forceps de Gilles Ledoux*. Le deuxième forceps, celui du docteur Smellie, diffère de celui de Palfin, en ce qu'il est beaucoup plus court, d'une seule pièce, et que les branches de chaque cuiller sont plus minces ; en un mot, il est moins fort, moins lourd et plus portatif que le précédent : du reste il n'a aucun avantage sur eux.

Celui de M. Levret est le meilleur de tous : ce n'est autre chose que le forceps de Palfin, mais rendu courbe, de droit qu'il étoit. Au moyen de cette perfection, ajoutée par M. Levret, il est plus commode et plus sûr dans les opérations :

les cuillers de cet instrument étant un peu crénelées, saisissent mieux la tête de l'enfant ; d'ailleurs il ménage davantage la fourchette, et lui évite les contusions, qui sont plus fréquentes avec le forceps droit de Palfin. Voici la manière de se servir de tous ces instrumens, dans les enclavemens que nous avons indiqués ci-dessus.

1°. La tête est enclavée ; mais elle est bien située, c'est-à-dire que la face regarde le sacrum : on fait coucher la femme en travers sur un lit bien élevé, de façon qu'elle ait la tête et les épaules plus inclinées que les fesses, les cuisses écartées les unes des autres, et les talons près des fesses ; on saisit l'intervalle d'une douleur pour introduire les branches du forceps. Il importe peu par quel côté on commence, pourvu qu'on place du côté droit la branche du forceps qui porte le petit essieu, et, du côté gauche, celle qui porte le trou. Ainsi, en supposant qu'il y ait du jour de chaque côté, on porte la branche à essieu, par exemple, trempée dans l'huile, du côté droit dans le vagin, et sur l'index de la main gauche, placée entre l'orifice de la matrice et la tête de l'enfant. Pour frayer le chemin à cette cuiller, et empêcher qu'elle ne blesse les parties en l'introduisant, on incline d'abord le manche de l'instrument vers la cuisse opposée, c'est-à-dire, vers la cuisse gauche ; on l'approche de la droite, à mesure que la cuiller

s'introduit dans la matrice, et coule le long de la tête de l'enfant. Cette première branche introduite, on la fait tenir par un aide, et on introduit la deuxième, du côté opposé, avec les mêmes précautions ; on les joint ensuite en engageant l'axe de l'une dans le trou de l'autre ; on pousse la petite plaque vers le pouce pour le fixer ; on se met en situation, et on tire de toutes ses forces, quand on est bien certain d'avoir embrassé la tête ; mais il faut pour cela attendre une douleur expulsive. On recommande à la femme de pousser fortement, comme si elle vouloit aller à la selle. Pendant ce temps, on tire d'abord obliquement du haut en bas pour dégager la tête, puis horizontalement, pour lui faire parcourir la capacité du petit bassin ; en sorte que le forceps décrit dans son chemin trois lignes inclinées qui vont aboutir au même centre. On fait de petits mouvemens de gauche à droite pour faciliter le dégagement de la tête.

Il est des cas où on ne peut faire l'introduction que d'un seul côté : on commence par la branche qui porte l'essieu, si c'est du côté droit que se fait l'introduction, et par la branche percée, si c'est du côté gauche. Quand on a introduit l'une ou l'autre de ces branches à la manière ordinaire, on la fait passer du côté opposé, en la ramenant par-dessus l'occiput de l'enfant. Supposons,

par exemple, qu'il n'y ait que le côté droit de libre, on commence par introduire la branche à essieu ; mais dans une situation telle que cet essieu regarde en bas, puis on le remue comme en coupant, et en tournant peu à peu sur l'occiput, et on le fait descendre du côté opposé de la tête : en sorte que le petit essieu qui regardoit en bas, il n'y a qu'un moment, est actuellement tourné en haut, et attend la deuxième branche du forceps. On introduit cette dernière du même côté droit ; on la joint avec la précédente, et on tire avec les précautions requises, en dégageant de côté et d'autre, et en donnant pour cet effet de petites secousses à droite et à gauche.

2°. La tête enclavée est mal située, la face regarde le pubis, et l'occiput le sacrum. Dans ce cas, l'usage du forceps de Palfin ne peut avoir lieu ; il ne saisiroit que la partie postérieure de l'occiput, qu'il ne pourroit tenir assez fermement : il faut avoir recours au forceps de M. Levret, qui, étant courbe, saisit la tête d'une manière beaucoup plus complète, puisque l'extrémité des cuillers est ramenée en devant, et sur les tempes de l'enfant : au reste, on l'introduit de la même façon ; la méthode est exactement la même.

3°. La tête, après avoir franchi avec difficulté le détroit, peut s'incliner légèrement sur la poitrine, et s'enclaver dans cette position : pour lors le haut

du front et le sinciput s'appuient sur le sacrum, tandis que la partie inférieure de l'occiput s'arc-boute fortement contre le pubis, et dans cet état la longueur de la tête répond au grand diamètre du petit bassin. Cette situation forme ce que nous avons appelé *faux enclavement.* C'est dans ce cas que l'instrument de Roger *de Roonswitt* l'emporte sur tous les autres. Cet instrument a été un secret long-temps. Le docteur Ruysch, si connu par ses vastes connoissances en physique, en histoire naturelle, par ses injections et ses pièces rares d'anatomie, le possédoit conjointement avec Roger; mais comme il mourut bien avant lui, il le laissa seul possesseur du secret, au moyen duquel Roonswitt acquit une grande réputation et beaucoup de bien en pratiquant les accouchemens; les Etats de Hollande firent même une loi en faveur de sa famille, qui enjoignoit à toute personne de ne pas pratiquer les accouchemens, sans, au préalable, avoir acheté le secret en question. Il coûtoit 6000 liv., et c'étoit une sorte de maîtrise, un droit qu'on payoit à ses héritiers. Ceux qui achetoient ce secret gardoient si bien le silence, qu'on l'ignoreroit encore sans le désintéressement et la générosité de M. Wret, jeune médecin hollandais, qui l'acheta conjointement avec ses amis pour le rendre public: ce qu'ils ont fait de la façon du monde la plus estimable, et la plus profitable à l'es-

pèce humaine. Ce trait est digne de tous nos éloges, et leur auroit mérité des statues dans la république d'Athènes. Or rien de plus simple que cet instrument. C'est une lame de fer, large d'un bon pouce, un peu courbée par ses extrémités, qu'on recouvre d'une peau de chamois bien huilée; la couture est faite sur le bord, dans la crainte de blesser la mère ou l'enfant. Voilà tout le mystère de cet instrument si long-temps ignoré.

Pour s'en servir dans le cas que nous venons d'indiquer, il faut, après l'avoir trempé dans l'huile, l'introduire, de l'un ou de l'autre côté de la tête de l'enfant, entre l'orifice de la matrice et cette même tête, et avoir la précaution, comme dans l'introduction des branches du forceps, de porter l'index dans cet orifice pour servir d'introducteur, d'incliner le manche de l'instrument vers la cuisse opposée à celle du côté où se fait l'introduction, et de le ramener vers cette dernière, à mesure que la lame s'engage dans la matrice. Quand l'instrument est introduit, on le ramène vers la partie supérieure du pubis; on le place bien sur l'occiput, et pour lors on lui imprime un mouvement de bascule, en élevant le manche et en baissant la pointe : il n'y a aucune résistance qui tienne contre un pareil effort; car il faut observer que l'instrument fait alors l'office d'un levier du premier genre, puisque le point d'appui se trouve entre la résistance exprimée par

la tête de l'enfant et la puissance formée par la main de l'accoucheur. Ce levier réunit même tous les avantages ; car le point d'appui se faisant sur l'arcade du pubis, il se trouve beaucoup plus près de la résistance, et beaucoup plus éloigné de la puissance. Or, comme tout l'effort qu'on fait dans ce mouvement de bascule se porte vers l'occiput, il va produire deux effets : 1°. il redresse la tête de l'enfant ; 2°. il la pousse en même temps avec beaucoup de force hors du petin bassin, lui fait franchir l'ouverture inférieure de cavité, et l'engage sous la cavité du pubis : la tête une fois sortie du petit bassin, le reste suit aisément. A la place de l'instrument de Roger *de Roonswitt*, on peut se servir, comme je fais, avec succès d'une des branches du forceps droit ; on a soin seulement de garnir cette branche d'une peau huilée, pour éviter la confusion : malgré cette précaution, le haut de la vulve souffre toujours, à cause des grands efforts qu'on est obligé de faire pour désenclaver la tête. Il est évident que si la face est en devant, l'instrument de Roonswitt ne peut avoir lieu ; on la meurtriroit trop : pour lors on a recours au forceps de M. Levret, qui peut aussi tirer la tête dans le cas de faux enclavement ; on doit aussi le mettre en usage quand on le peut, et lorsque l'enfant est mort. Cette pratique vaut beaucoup mieux que d'ouvrir le crâne pour vuider le cerveau, manœuvre longue, disgracieuse, et qui

inspire toujours une certaine horreur aux assistans, quoiqu'ils sachent bien que l'enfant est mort. Tels sont les instrumens qu'on nomme *forceps*, et telle est la manière d'en faire usage dans les différens enclavemens de la tête.

N°. VII.

De la tête de l'enfant hydrocéphale.

L'excès du volume de la tête de l'enfant peut dépendre de la maladie qu'on appelle *hydrocéphale*, et cet excès de volume peut être tel que la tête, une fois descendue dans le petit bassin, ne puisse ni descendre ni monter : pour lors il y a enclavement de la tête, causé par l'hydropisie de cette partie.

Diagnostic.

Il est très-difficile à établir : en effet, on ne peut toucher la tête dans une assez grande étendue pour sentir la fluctuation dont parlent les auteurs. Quant à la mollesse, il n'est guère plus aisé de la sentir, parce que la tête, fortement serrée par les parois du petit bassin, fait ici l'office d'une vessie, qui, étant pleine d'eau autant qu'elle peut l'être, présente une surface également dure dans tous ses points : donc, ni la fluctuation ni la mollesse ne peuvent servir ici pour établir le diagnostic ; mais

voici un signe plus certain. La tête s'alonge, se moule à la figure des parties, présente une face, dure, à la vérité, mais oblongue et égale : en outre, on peut, en forçant, passer le doigt entre elle et le bassin ; cela se fait même avec une sorte de facilité dans certains endroits, et ces endroits sont ceux où se trouvent les sutures dans l'enclavement ordinaire : la tête se moule bien un peu ; mais elle garde sa rotondité, et présente une face également dure dans toutes ses parties : voilà le signe sur lequel on peut compter pour établir le diagnostic du cas dont nous parlons.

Prognostic.

Il est très-fâcheux par rapport à l'enfant ; car en supposant qu'au moyen du forceps on l'amène vivant, il périra bientôt par la maladie même dont il est attaqué. Si on est obligé de lui ouvrir le crâne, il périra encore plutôt. Quant à la mère, si on la secourt de bonne heure, elle en reviendra. Or l'on est obligé quelquefois d'ouvrir le crâne à l'enfant bien conformé ; et forcé de le sacrifier pour conserver la mère, à combien plus forte raison est-on obligé ici de faire l'opération, puisqu'il est décidé que l'enfant ne peut pas vivre : il faut par conséquent être bien sûr de son fait.

Pratique.

Elle est précisément la même que dans l'enclavement ordinaire. Il faut donc d'abord avoir recours au forceps, et l'employer de la même façon, après avoir vuidé la tête de l'enfant. La manœuvre est ici la même que celle que nous avons dit être propre à vuider le cerveau : les eaux de la tête évacuées, l'enfant vient quelquefois de lui-même, et souvent sans forceps.

Il est une autre espèce d'enclavement de la tête, c'est celui où l'enfant étant venu par les pieds, la tête s'arrête tout court dans le petit bassin. Dans ce cas, on ne peut, comme nous le dirons dans le temps, porter les doigts sur les condyles de la mâchoire et dans la bouche de l'enfant ; on ne peut, dis-je, retourner la tête, parce qu'elle est enclavée parfaitement : que faire donc ? il faut alors faire usage du forceps, comme dans l'enclavement ordinaire, et s'en servir précisément de la même façon ; la position de l'enfant n'apporte aucune différence : c'est le forceps de M. Levret qui doit avoir ici la préférence ; il a un grand avantage sur le forceps droit, à cause de sa courbure, qui donne une bien plus grande facilité à la manœuvre nécessaire. Il ne faut, pour se convaincre de ce que nous avançons, que se rappeler la position que tient alors l'enfant. Il peut se tourner en arrière sur le sacrum, ce qui est

est le plus ordinaire, ou en devant sur le pubis : il est clair qu'il faudra, dans le premier cas, tourner en bas la cavité du forceps, et en haut, dans le second, afin de pouvoir saisir la tête d'une manière ferme et certaine.

N°. VIII.

De la grosseur du ventre de l'enfant hydropique.

Le ventre de l'enfant peut, par sa grosseur, s'arrêter au passage; il peut être trop gros, ou par une hydropisie, ou par une tumeur quelconque dans l'intérieur de l'abdomen : l'hydropisie est la tumeur la plus commune; mais il est rare qu'elle forme un obstacle invincible à l'accouchement, parce que le ventre mollit, allonge, et sort communément comme le reste du corps, mais avec peine et travail.

Diagnostic.

Il est assez difficile de connoître l'hydropisie de l'enfant : cependant, si après s'être avancé jusqu'au ventre, il s'arrête tout-à-coup; si, en glissant la main le long de la poitrine, on sent le ventre tuméfié, élevé, si même on sent la fluctuation, ce qui n'est pas du tout impossible, on peut soupçonner avec assez de vraisemblance que l'ascite existe, et que c'est cette maladie qui donne lieu à l'obs-

tacle qui se présente. On s'informe si la femme est d'un tempérament pituiteux et cacochime.

Prognostic.

Il est plus fâcheux pour l'enfant que pour la mère ; car, en supposant qu'il vienne sans opposition, il périra d'hydropisie, les premiers jours après sa naissance. Si cette tumeur est considérable, et si, après lui avoir donné un coup de trois-quarts, rien ne sort, il y a apparence que l'enfant ne viendra pas vivant au monde, ou que, s'il y vient, ce sera avec une grande difficulté. Quant à la mère, elle peut très-bien en revenir ; sa vie n'est pas même beaucoup en danger, seulement elle souffrira.

Pratique.

On commence par observer les règles générales. Le diagnostic bien établi, on examine si, pendant les douleurs expulsives, l'enfant avance un peu ; s'il avance, il faut tout attendre des forces de la nature : on soutient donc la femme comme il convient ; on lubrifie les parties génitales, on repousse la fourchette en arrière, et avec de la patience l'accouchement se termine : mais si le ventre est considérablement tendu, si rien n'avance, si la femme et l'enfant sont en danger, il faut vuider les eaux ; pour cet effet, on couche

la femme en travers sur son lit, et des personnes fortes l'assujettissent dans cette attitude. L'accoucheur porte l'index huilé sur le ventre de l'enfant pour déterminer l'endroit où doit se faire la ponction, et ce doit être approchant au milieu d'une ligne qu'on tireroit de l'ombilic à l'épine supérieure de l'os des îles. Le lieu fixé, de l'autre main il porte, entre le sacrum et le ventre de l'enfant, sur l'index qui lui sert de conducteur, un long trois-quarts qu'il enfonce dans le ventre : les eaux vuidées, l'enfant vient au monde. Est-ce une tumeur trop considérable qui forme obstacle à l'accouchement, on peut risquer de donner un coup de trois-quarts dans le milieu de cette tumeur ; car si elle est enkystée, l'humeur qui la forme s'écoulera, et l'enfant sortira. Lorsque rien n'avance, il faut abandonner l'accouchement aux forces de la nature : l'enfant périra ; mais on n'imputera sa mort ni à l'opération ni à l'accoucheur. Il sortira après une grande dilatation de l'orifice : le travail sera long et les douleurs de la mère excessives ; mais il n'y a pas d'autre parti à prendre.

N°. IX.

De l'accouchement des épaules de l'enfant.

L'enfant peut avoir les épaules enclavées : c'est un obstacle à l'accouchement.

Causes.

C'est bien moins la grosseur des épaules que la mauvaise situation de l'enfant : la première cause n'a ordinairement lieu que quand l'enfant est acéphale, par conséquent lorsque sa tête est fort petite, et qu'elle n'a pu frayer un chemin suffisant aux épaules; mais alors il y a moins enclavement véritable qu'arrêt simple des épaules sur les bords du petit bassin : or nous supposons un véritable enclavement, c'est-à-dire, un engagement forcé des épaules entre le sacrum et le pubis de la mère, de façon que le grand diamètre de la poitrine de l'enfant répond au petit diamètre du petit bassin : eh bien! nous prétendons, malgré ce qu'en ont dit les auteurs, que, non-seulement cette mauvaise position, qui donne toujours ou presque toujours lieu à l'enclavement des épaules, mais encore que la grosseur même des épaules, tant que la tête est dans son état naturel, ne peuvent jamais produire l'enclavement. En effet, qu'on se rappelle la proportion qu'il y a entre la tête et les épaules d'un enfant, on sentira la vérité de ce que nous avançons; on verra que la tête, ayant une fois passé le détroit, les épaules doivent suivre, à moins qu'elles ne soient mal placées.

Diagnostic.

La tête est sortie avec facilité, le travail a fort bien été; mais actuellement la femme pousse de

toutes ses forces, et rien n'avance : il faut alors examiner la situation de la tête ; on la trouve telle que le visage regarde l'un des os des îles, qu'une oreille appuie sur le sacrum, et que l'autre regarde le pubis.

Prognostic.

Cet enclavement est bien moins fâcheux que celui de la tête ; les mains seules le terminent : il est à craindre qu'une sage-femme mal-adroite n'arrache la tête de l'enfant à force de tirer sans manœuvrer à propos.

Pratique.

On met la femme en situation, puis on passe les doigts de la main droite d'un côté, et de l'autre côté ceux de la main gauche. Supposons les premiers sur la poitrine de l'enfant, les seconds sur le dos : les doigts une fois introduits, on ne se sert que des index ployés en crochets, qu'on engage sous les aisselles, l'un en devant, l'autre en arrière, c'est-à-dire, le premier, de droite à gauche ; le deuxième, de gauche à droite : par ce moyen, on fait faire à l'enfant un mouvement de rotation, et on ajuste le grand diamètre de ses épaules à celui du petit bassin, après quoi on tire dans le temps d'une douleur, et l'enfant vient aisément.

Mais si on ne peut absolument introduire les doigts, que faire alors ? Les accoucheurs se servent

de crochets. Cette pratique ne vaut rien, le crochet déchire et la mère et l'enfant.

J'ai imaginé un instrument aussi simple qu'il est sûr pour amener les épaules à une bonne situation. Il est composé de deux branches de fer, qui se terminent en cuiller, garnies de peau huilée, et qui viennent s'arrêter, quand on les a placées sur une traverse aussi de fer, au moyen de deux écrous qui les assujettissent, semblables en tout à l'esquisse que j'en ai donnée au commencement de ce *Cours*.

Pour se servir de cet instrument, on commence par introduire une des branches par une partie latérale du bassin, et on l'applique, ou sur la poitrine, ou sur l'épaule. Si vous l'avez placé sur la poitrine, vous portez l'autre sur l'épaule par le côté opposé, ensuite vous les arrêtez sur la barre qui leur sert de manche : on saisit ensuite l'instrument par sa partie moyenne ; on fait des mouvemens de gauche à droite, en tournant avec force jusqu'à ce que les épaules soient amenées à leur véritable situation ; c'est-à-dire que la plus grande largeur réponde au plus grand diamètre du bassin : alors on retire l'instrument, et l'enfant coule avec facilité.

N°. X.

Séparation du tronc de la tête, l'un ou l'autre restant dans la matrice.

Il peut arriver que, par l'impéritie d'une sage-femme ou d'un jeune accoucheur, la tête se sépare du tronc, ou le tronc de la tête, à force de tirer: l'un de ces deux cas est bien plus fâcheux que l'autre; c'est celui où la tête, séparée du tronc, reste dans la matrice.

Cet accident arrive quand une sage-femme tire imprudemment un enfant qui est venu par les pieds, la face en devant, sans avoir eu la précaution de le tourner comme il convient pour la lui remettre de côté: alors le menton s'arrête sur la crête du pubis, et la sage-femme, continuant à tirer, rompt le cou, et sépare la tête du tronc. Cette séparation peut encore dépendre de la pourriture de la tête, de sa mauvaise position, de sa grosseur excessive : mais, dans ce dernier cas, la tête est communément enclavée ; au lieu d'être dans la matrice, elle est dans le vagin : voilà les causes de cet accident.

Diagnostic.

Rien n'est plus difficile à connoître que cette séparation. Si la tête est descendue dans le vagin, si elle est immobile, on voit assez clairement qu'elle est dans le petit bassin, et qu'elle est en-

clavée ; si, au contraire, le vagin est libre, et si la tête vacille, elle n'a pas encore franchi le détroit, et elle est dans la matrice.

Prognostic.

Les anciens regardoient cet accident comme très-fâcheux, et il l'étoit en effet, parce qu'ils laissoient à la nature le soin de se débarrasser de ce corps étranger. Cette manière de faire est une preuve de leur ignorance dans la pratique des accouchemens. La matrice ne peut toute seule chasser un corps étranger aussi gros que celui-là : c'est à l'art de l'expulser. En effet ce viscère se resserre sur lui-même après la sortie du corps ; la mère est épuisée, son corps fatigué, les douleurs cessent, l'orifice se resserre, et la tête pourrira plutôt dans la matrice que d'en sortir, et deviendra la source d'une infinité de maladies. Quant à la cure, il est certains cas où elle est très-difficile, sur-tout lorsque cet état dure depuis long-temps.

Pratique.

Nous avons ici plusieurs choses à considérer : ou la tête est enclavée, et par conséquent elle est encore dans la matrice ; ou ce dernier état dure depuis peu ou depuis long-temps.

Premier cas.

La tête étant enclavée, il est assez indifférent

que ce soit depuis un moment ou depuis quelque temps ; car le forceps, auquel on est obligé d'avoir recours, aura toujours son effet : on se sert donc de cet instrument, à la manière ordinaire, pour avoir la tête ; il n'y a aucune différence à cet égard.

Deuxième cas.

La tête est vraiment dans la matrice, mais la séparation vient de se faire ; l'orifice de la matrice est encore tout ouvert, les parties génitales sont lubrifiées et baillantes : il faut alors, sans perdre de temps, porter la main dans la matrice, et faire en sorte de rencontrer la bouche. On introduit l'index en crochet, on saisit la tête avec les autres doigts, et on l'amène, la face en devant. Si on a trop de peine à trouver la bouche, et si on rencontre le trou occipital, on fait la même chose, mais non avec la même facilité, à cause de la petitesse de ce trou respectivement avec la grosseur du doigt de l'accoucheur.

Troisième cas.

Il y a long-temps que cette séparation est faite : la tête est exactement serrée par la matrice revenue sur elle-même ; les parties sont sèches ; il y a dix, quinze heures que cet état dure : que faire alors ? les forceps ne peuvent avoir lieu ici. On a recours au tire-tête proprement dit ; chaque accoucheur, en pareil cas, a le sien : on en a inventé

un grand nombre qui, tous, ont leurs avantages et leurs inconvéniens. *Saint-Armand* imagina une coëffe qu'on attribue mal-à-propos à *Mauriceau.* Cette coëffe, semblable au réseau d'une perruque, est faite de soie, garnie de forts cordons qui la ferment comme une bourse. Pour s'en servir, on la porte sur le dos de la main et le bout des doigts dans la matrice; on la renverse sur la tête, qu'elle embrasse exactement, puis on tire les cordons qui pendent au dehors, et ainsi on amène, dit-on, la tête avec facilité. On ne peut disconvenir que cette invention ne soit ingénieuse, mais malheureusement elle est inutile. En effet, comment porter la main dans la matrice, appliquer la coëffe sur la tête de l'enfant, et l'envelopper exactement, dans le cas où la matrice, revenue sur elle-même, la presse de toutes parts? Si on le peut, et si on parvient à passer la main, pourquoi ne la pas saisir tout simplement et l'amener? on aura bien plutôt fait.

Les anciens, en pareil cas, se servoient de crochets ordinaires; mais la difficulté de les bien assujettir, et les risques de blesser la matrice, si les crochets ou leur appui manquent, doivent les faire rejeter.

Quelques auteurs conseillent d'ouvrir la tête, de la vuider en partie, afin qu'en diminuant de volume, elle sorte plus aisément. Cette méthode seroit assez bonne; mais il est difficile de porter un

instrument tranchant dans la matrice sans la blesser, sur-tout quand elle est déja revenue en partie sur elle-même : en sorte que, quelque expérimenté que l'on soit, on ne s'en sert guères.

M. *Grégoire* a imaginé un double crochet, simple d'abord, pour pouvoir l'insinuer par le trou occipital, et qui devient double en le développant, lorsqu'il a passé dans le crâne ; de sorte qu'il accroche par ce moyen l'occipital dans deux endroits opposés : on tire avec force, et on amène la tête ; mais cet instrument est d'un usage très-difficile ; on ne peut que l'introduire difficilement, à cause de la longueur du bec du crochet. D'ailleurs, le trou occipital ne se rencontre pas toujours à l'orifice, et rarement les os du crâne sont assez forts pour amener la tête ; ils se rompent, et l'instrument lâchant prise, déchire la matrice et le vagin.

D'autres accoucheurs ont corrigé cet instrument, en raccourcissant le bec des crochets, et en plaçant entre eux deux une lame qui peut percer la fontanelle, si elle se présente ; mais alors le crochet n'ayant plus assez de surface, sort par le trou par lequel il est entré. M. *Levret* a imaginé un tire-tête, fait de trois branches d'acier courbées, réunies à leurs extrémités par un écrou ; deux sont mobiles et se replient sur la troisième, qui est fixe, au moyen d'un pivot qu'on fait jouer à volonté par le moyen d'une petite manivelle placée sur le manche. Après

l'avoir bien huilé, on l'insinue dans la matrice le long de la tête de l'enfant, de l'un ou de l'autre côté, puis, au moyen du ressort qu'on lâche, les deux branches mobiles se développent, et la tête se trouve embrassée de trois côtés : on tire en dégageant de droite à gauche, et de gauche à droite, et la tête vient quelquefois. Cet instrument a des inconvéniens, qui l'ont fait abandonner, même de son auteur. En effet, lorsqu'il est introduit dans la matrice, et qu'on vient à le développer, quelque minces et flexibles que soient ses branches, elles pincent les parties de ce viscère, les meurtrissent, et peuvent par là y exciter des inflammations de dangereuse conséquence.

Enfin, en Allemagne on fait usage d'une espèce de pharyngotome fort ingénieux; il est composé d'une lame renfermée dans une gaine à deux côtes, vers l'extrémité de laquelle on a ménagé deux yeux, par chacun desquels sort un crochet. Lorsque l'on introduit cet instrument dans le crâne, on commence à le porter dans le vagin et dans l'orifice de la matrice, sur le doigt index, qui sert de conducteur. Quand on est parvenu à la fontanelle, on pousse la lame hors de sa gaine, on perce les tégumens et la dure-mère, on fait des mouvemens circulaires pour dilater l'ouverture et pour pouvoir introduire plus facilement la gaine même dans le crâne; quand elle y est, au

moyen d'une détente, on lâche un ressort, qui pousse de chaque côté, par les deux yeux de la gaine, deux crochets qui s'appuient sur chaque pariétal; on tire alors en dégageant de côté et d'autre, et la tête vient communément assez facilement. De tous les tire-têtes, ce dernier est, sans contredit, le plus sûr et le plus utile; on ne risque en aucune façon de blesser la mère: la seule chose qu'il laisse à desirer, est de donner un peu plus de force aux crochets qui sortent de la gaine et qui sont foibles. On peut, au reste, le rendre plus correct; on peut se servir de ce tire-tête en le portant par le trou occipital: la voie est presque toujours frayée, et on n'a pas la peine de faire une ouverture.

De la séparation de la tête d'avec le tronc, celui-ci demeurant dans la matrice.

Quand il arrive que les épaules sont enclavées, ou lorsqu'elles sont arrêtées sur le bord du petit bassin, l'une sur le pubis et l'autre sur le sacrum, rien n'est plus aisé que de les remettre dans une bonne situation, comme nous l'avons vu plus haut; mais il se trouve des accoucheurs assez ignorans pour s'imaginer que les parties arrêtées doivent céder aux efforts multipliés qu'ils font pour les tirer; la tête se sépare du tronc, celui-ci reste dans la matrice: or, le tronc séparé de la tête est entièrement dans la matrice; il est vacillant, ou il est engagé dans le détroit, et les épaules sont enclavées.

Diagnostic.

Rien de plus aisé à connoître que l'un et l'autre de ces cas.

Pratique.

Nous avons deux cas à considérer. Supposons le tronc tout entier dans la matrice ; l'accident vient d'arriver : il faut dans ce cas agir comme si l'enfant étoit entier, c'est-à-dire qu'on glisse la main sur la poitrine ; on saisit les pieds, et on les amène au passage : on ne risque rien ici de tirer fortement.

Deuxième cas.

Les épaules sont engagées dans le détroit, et les eaux écoulées depuis un certain temps ; essayez d'abord de repousser le tronc dans la matrice pour amener l'enfant par les pieds. Si on ne peut glisser les deux mains, une de chaque côté dans le vagin, on porte les deux index en crochet dans les aisselles, un en devant et l'autre en arrière ; on imprime à la poitrine un mouvement de droite à gauche, ou de gauche à droite, pour faire répondre son grand diamètre à celui du petit bassin : alors le tronc sortira aux premières douleurs expulsives, ou on le tirera.

Troisième cas.

Les épaules sont tellement enclavées que la main seule ne peut les dégager. Dans ce cas, les accou-

cheurs se servent de deux crochets : ils en appliquent un au cartilage xiphoïde, l'autre derrière le dos, entre les deux côtés, puis ils tirent en dégageant. Je ne conseille pas l'usage des crochets ; car, si l'un vient à manquer, il fait de terribles déchirures dans les parties génitales internes, et y cause de très-fâcheux accidens : je crois qu'alors on peut avoir recours à mon instrument, proposé pour dégager les épaules : l'enfant étant dans son entier, c'est précisément la même chose; on s'en sert de la même façon.

N°. II.

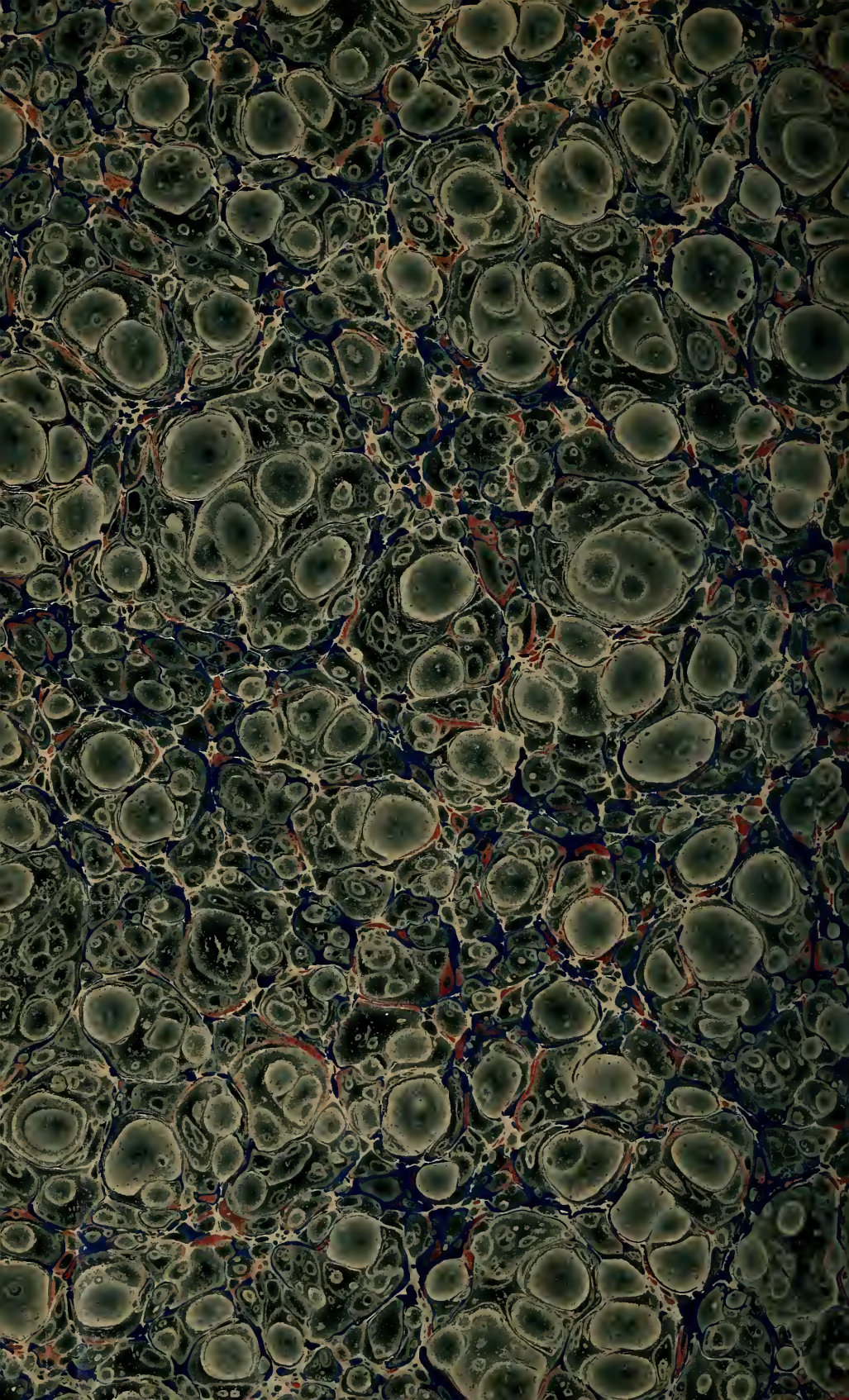
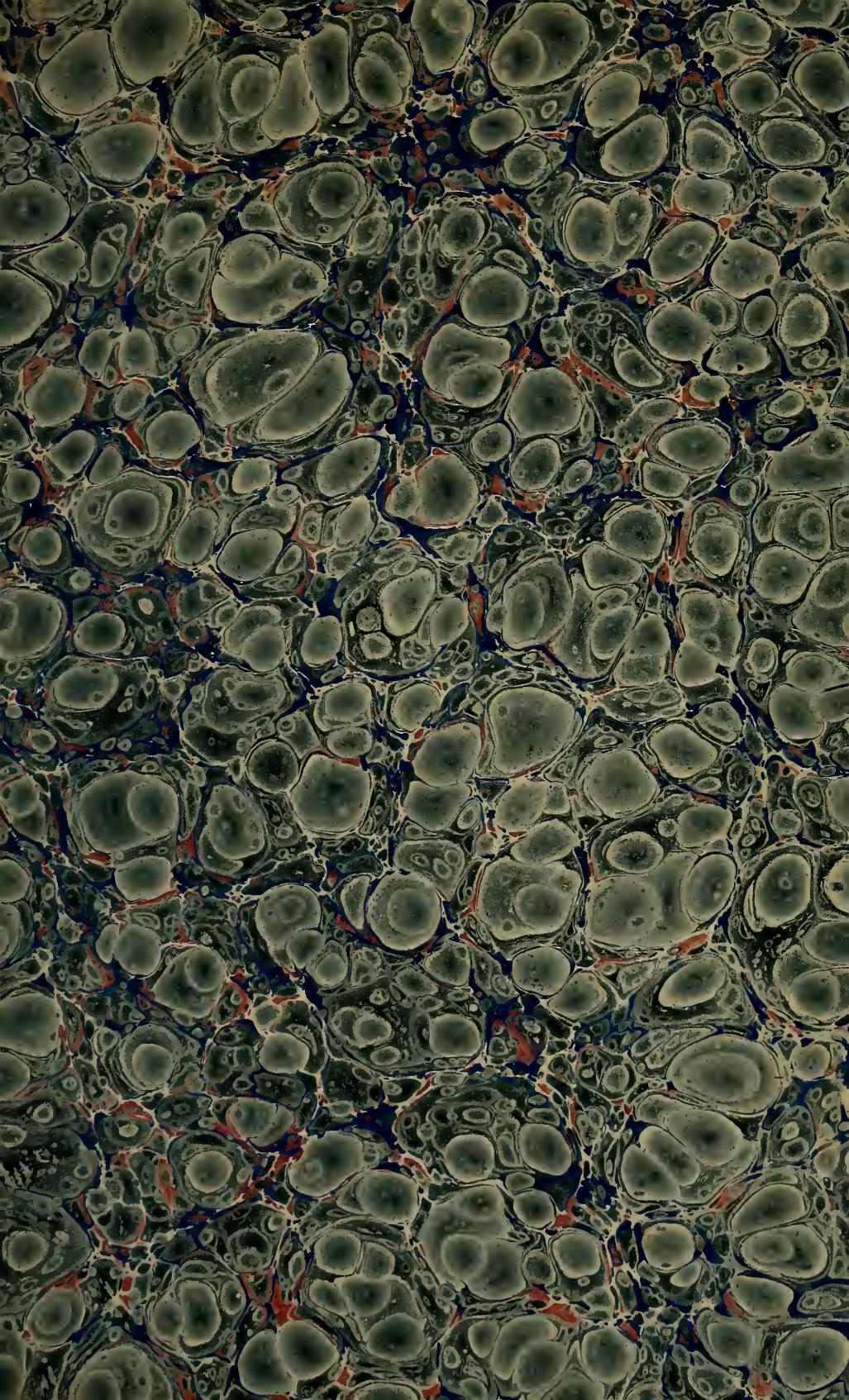
Des monstruosités.

Il y a, comme nous l'avons dit, deux sortes de monstres ; les uns par défaut, les autres par excès de parties. Les premiers n'apportent aucun obstacle à l'accouchement ; les seconds en apportent de très-grands, et souvent l'enfant acéphale vient aisément au monde jusqu'aux épaules, qui quelquefois s'arrêtent pour un moment : on termine l'accouchement comme nous l'avons dit plus haut. L'enfant vit peu; il est même étonnant qu'il ait pu vivre neuf mois dans le sein de sa mère, et qu'il vive quelques heures encore après sa naissance. Les monstres par addition de parties sont des enfans à quatre jambes, à quatre bras, à deux têtes. On a vu des enfans réunis, soit par le front, soit par la poitrine,

le ventre, le dos, le bassin, les fesses, etc. ; ces sortes de monstres apportent de terribles obstacles à l'accouchement : ils périssent pour l'ordinaire, et font périr la mère ; on a cependant des observations d'enfans ainsi réunis qui ont vécu plusieurs années.

Quant à la pratique de ces accouchemens, on ne peut donner aucun précepte particulier ; la manœuvre varie selon le cas, et c'est à la seule intelligence de l'accoucheur à lui fournir les moyens convenables. La seule règle qu'on peut donner, c'est d'amener l'enfant par les pieds, en supposant le bassin assez ample pour le recevoir. Si la femme a le bassin étroit, il est évident que ses enfans ne pourront jamais venir au monde ; ils périront, et la mère courra de très-grands dangers. On conseille alors de couper le corps de ces petits malheureux par morceaux, afin de sauver la mère. Cette pratique est cruelle, à la vérité ; mais il faut bien s'y déterminer ; c'est la seule qu'on peut suivre dans bien des cas ; l'humanité, qu'elle semble révolter, l'indique elle-même : heureusement que ces sortes de cas sont très-rares. Tel accoucheur qui pratique l'art pendant cinquante, soixante ans même, n'en rencontre pas un seul : ainsi nous ne devons pas en dire davantage sur cette matière.

Fin du premier volume.

1966/P/15

COUNTWAY LIBRARY OF MEDICINE
RG
93
P44
Copy 2 v. 1
RARE BOOKS DEPARTMENT